

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°
387

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME UNIVERSITAIRE)

soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932

PAR

Léwi KANE-KAĦAN

Né le 1^{er} Mai 1904 à Zgierz (Pologne)

Considérations Médicales

sur

La cure chirurgicale du goitre exophtalmique

Président : M. CARNOT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE C. SERRE

23, RUE DE ROCROY

1932

Considérations Médicales

sur

la cure chirurgicale du goitre exophtalmique

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME UNIVERSITAIRE)

soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932

PAR

Léwi KANE-KAHAN

Né le 1^{er} Mai 1904 à Zgierz (Pologne)

Considérations Médicales

sur

La cure chirurgicale du goitre exophtalmique

Président : M. CARNOT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE C. SERRE

23, RUE DE ROCROY

1932

LE DOYEN : M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	N.
	N.
Clinique chirurgicale	CUNÉOT.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâtrie.
 AUBERTIN. . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. . . Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GASTINEL. . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique,
 HUTINEL Pathologie médicale.
 HALPHIN Oto-rhino-laryngologie.

MM.

JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF. . . . Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES. . . . Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE . . . Pathologie expérimentale
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL. . . Obstétrique.
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . . Parasitologie.
 RETTERER. . . . Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI. . . .	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	Chargé du Cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MES SŒURS

A MON ONCLE ZACHAR KANÉ-KAGAN

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL SAINTON

Médecin de l'Hôtel-Dieu

*Qui a bien voulu nous suggérer le
sujet de cette thèse.*

*Qu'il veuille trouver ici l'assurance
de notre profonde reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

A la Mémoire de Monsieur le Professeur F. WIDAL.
A Monsieur le Professeur LEJARS,
- A Monsieur le Docteur WEIL-HALLÉ,
A Monsieur le Professeur GOSSET,
A Monsieur le Professeur A. B. MARFAN,
A la Mémoire de Monsieur le Docteur Ed. ENRIQUEZ,
A la Mémoire de Monsieur le Professeur TEISSIER,
A Monsieur le Docteur MILIAN,
A Monsieur le Professeur GUILLAIN,
A Monsieur le Professeur BRINDEAU,
A Monsieur le Professeur SÉBILEAU,
A Monsieur le Professeur CLAUDE,
A Monsieur le Professeur TERRIEN,
A Monsieur le Professeur LEGUEU.

PRÉFACE

De nombreuses discussions ont lieu actuellement sur le traitement chirurgical du goître exophtalmique.

Ce sont surtout les chirurgiens qui ont pris part à cette discussion qui, dernièrement, a fourni matière à un important rapport au Congrès international de chirurgie qui s'est tenu à Varsovie en 1929 et au Congrès de Liège en 1930.

Ce n'est que peu à peu que le pessimisme des médecins à l'égard du traitement sanglant a été vaincu et que l'idée de la nécessité d'une collaboration de plus en plus étroite entre le médecin et le chirurgien s'est fait jour pour le plus grand bien du malade.

L'examen clinique aussi minutieux et précis que possible en vue de l'établissement des indications thérapeutiques, le traitement médical pré et post-opératoire judicieusement conduit, l'appréciation exacte des résultats du traitement sanglant, voilà le champ où l'avis du médecin est indispensable et est le prélude de l'acte chirurgical.

Nous tenons à exprimer ici toute notre gratitude à M. le Docteur Sainton, qui nous a guidé de ses conseils précieux et dans le service duquel nous avons pu rassembler les observations de notre thèse.

Pour des raisons qu'on comprendra facilement, nous ne nommons pas les chirurgiens. Nous les désignons par

des lettres prises au hasard, mais toujours les mêmes pour le même chirurgien.

Ce travail a été achevé en 1931. Pour des raisons indépendantes de notre volonté, nous ne le publions que cette année, en y ajoutant, autant qu'il nous a été possible, quelques faits nouveaux.

HISTORIQUE

Depuis que le goitre exophtalmique a été connu du monde médical par les mémoires successifs de Parry, de Graves et de Basedow, il n'a pas cessé d'attirer l'attention des médecins, tant au point de vue pathogénique qu'étiologique et clinique. D'après les conceptions qu'on s'en faisait, conceptions d'ailleurs changeantes et qui sont bien loin encore d'être définitivement fixées, force était de considérer la maladie de Basedow comme essentiellement médicale.

Mais les innombrables traitements médicaux qui ont été préconisés, dont nombreux avec la prétention d'être spécifiques, ont vite fait de démentir la confiance qu'ils faisaient naître. En effet, ni la quinine (Sainton) et la quinidine, ni le salicylate de soude et le phosphate (Kocher), ni la séro et organothérapie (hématoéthYROÏDINE, insuline, corticosurrénal), ni le tartrate d'ergomatine (Adelsberg) et l'iodothérapie, ne se sont élevées au rang des médications absolues et suffisantes. Elles ont gardé des indications précises et limitées ; on ne peut, certes, leur nier une efficacité certaine et maint basedowien leur doit une amélioration plus ou moins remarquable et même des guérisons : mais celles-ci sont lentes.

Pas plus que le traitement pharmaceutique, la thérapeutique par les agents physiques (rayons X, radium, électrothérapie), n'est pas restée à l'abri de ce dernier reproche. Le traitement sanglant, quoique né déjà à la

fin du siècle passé, par l'extension et l'importance qu'il n'a prises que dans ces derniers vingt ans, vient de remettre en discussion et l'étiologie et la thérapeutique de la maladie de Graves-Basedow.

C'est Tillaux qui a inauguré en 1880 en France le traitement chirurgical du goitre exophtalmique par la thyroïdectomie totale. Mais les partisans qu'il a entraînés à sa suite ont été rares. C'est en vain que Poncet, Jaboulay, Bérard, Alamartine, Delore et Lenormant ont essayé d'assurer à l'hémithyroïdectomie, après Kocher, la place qu'elle méritait. Et d'ailleurs, ils ne pouvaient pas convertir les médecins à leur cause, car les résultats de ces premières interventions, trop parcimonieuses, n'étaient pas convaincants.

Le crédit dont jouit actuellement le traitement chirurgical vient de l'étranger. Lentement et progressivement s'y élaborait une chirurgie de plus en plus précise et sûre, avec des résultats de plus en plus intéressants. Les noms de Moebius et surtout de Kocher dominent cette période de début.

Avant d'arriver à la formule actuelle qui est la thyroïdectomie subtotalé, la chirurgie du goitre exophtalmique a passé par plusieurs phases. Elle consistait d'abord en thyroïdectomie totale, ensuite en thyroïdectomies partielles dont l'hémithyroïdectomie. Les premières, désastreuses, — on ignorait à l'époque la physiologie de la glande et des parathyroïdes — ont été vite abandonnées. Les autres, de technique variable, d'indications imprécises, tout en n'étant pas exemptes de danger, n'ont pas entraîné la conviction par leurs résultats. C'est par la ligature des artères thyroïdiennes que Mikuliez a voulu réduire l'activité de la thyroïde. Il est vrai que ces

ligatures sont suivies le plus souvent d'une amélioration plus ou moins grande et plus ou moins durable. Mais la richesse vasculaire de la glande a vite raison de cette entrave apportée au régime circulatoire. Aussi, la méthode de Mikuliez a-t-elle perdu son autonomie, mais a pris une place importante comme une intervention préliminaire au cas où l'on est amené à pratiquer des interventions sériees et est devenue le premier temps, entre les mains de beaucoup de chirurgiens, assurant l'hémostase de toute thyroïdectomie.

Entre temps, enfin, Jaboulay et Jonesco à sa suite, déplaçant l'origine du mal de la thyroïde sur le sympathique, érigent un nouveau traitement : la sympathectomie, qui n'a guère gagné la confiance des chirurgiens (Chalier, Herbert, Reinhardt). D'indications extrêmement limitées, la sympathectomie ne garde qu'un intérêt historique.

De toutes ces opérations, l'hémithyroïdectomie était le traitement de choix jusqu'il y a 10-15 ans. Elle s'est justifiée par les bons résultats d'une part, et l'absence d'accidents de téτανie, de myxoedème, de lésions nerveuses, d'autre part. Kocher l'employait presque exclusivement ainsi que Mikuliez. Mais alors que Kocher défend le principe des opérations en plusieurs temps, fractionnées, Mikuliez préconise l'hémithyroïdectomie d'emblée. C'est la supériorité de cette dernière méthode que proclamaient en France en 1910 Delore et Lenormant, c'était également l'opinion de Bérard. Mais ce qui domine les résultats de cette thérapeutique, c'est leur insuffisance, la fréquence des récidives, le restant de la glande s'hypertrophiant, d'où nécessité d'interventions itératives, réduisant ce qui était resté de la glande.

L'évolution se faisait donc dans le sens d'opérations de plus en plus larges et il devenait évident qu'il importait d'enlever le plus possible de tissu glandulaire, au point qu'on a pu dire que : « la qualité de la guérison dans la maladie de Basedow est proportionnelle à la quantité de tissu enlevé. » Aussi a-t-on été amené à la thyroïdectomie subtotale pratiquée depuis environ vingt ans par les Américains, dont les publications innombrables l'ont fait adopter par la majorité des chirurgiens. Du reste, il y a longtemps qu'elle avait été conseillée par Riedel.

Ce procédé nous apparaît donc comme l'aboutissant de l'évolution de la chirurgie pour goitre exophtalmique. Fatalement, logiquement, les chirurgiens devaient s'engager dans cette voie, poussés qu'ils y étaient par les résultats des méthodes antérieures d'abord, et les nouvelles données anatomo-pathologiques et physiologiques ensuite.

Voici ce qu'un chirurgien en dit : «... Qu'elle est supérieure à toutes les autres thérapeutiques ; qu'aucune autre méthode ne peut rivaliser avec celle-là quant à la sûreté, la rapidité et la stabilité des résultats ». (Professeur Bérard, Congrès International de chirurgie, Varsovie, 1929.)

Les statistiques publiées à la suite de la subtotale, statistiques qui englobent des milliers de cas scrupuleusement étudiés, sont venues définitivement à l'appui de cette nouvelle méthode. Les Allemands avec Kuttner, Liebig, Landau, l'ont faite leur, ainsi que les chirurgiens scandinaves : Troell, Lied, Holst. En Amérique, presque tous, après les frères Mayo, s'y sont ralliés.

Pour pouvoir apprécier la thérapeutique chirurgicale

chez les basedowiens, il en faut envisager les risques et les avantages.

Le plan suivant, croyons-nous, répond à cette classification naturelle :

L'anesthésie. Ses risques.

Les risques opératoires.

Interprétations. Causes de la diminution des accidents opératoires.

Les résultats du traitement chirurgical.

Conclusions.

Nous avons mis dans un chapitre à part les risques ressortant de l'anesthésie générale, tant nous a semblé la question importante et sa notion trop peu répandue.

L'ANESTHÉSIE - SES RISQUES

La question de l'anesthésie à employer chez les basedowiens dans les interventions portant sur le corps thyroïde est de la plus haute importance. Et si, à l'heure actuelle, l'amélioration considérable du pronostic opératoire chez ces malades est dû à de multiples facteurs, il est incontestable que l'anesthésie locale — mode définitivement choisi par la généralité des chirurgiens spécialisés — en est une raison capitale.

La chirurgie thyroïdienne, en effet, est bien celle où l'anesthésie locale doit le plus souvent remplacer l'anesthésie générale. Celle-ci présente cet avantage de supprimer le choc psychique dont tous les médecins et chirurgiens ont montré l'importance chez les basedowiens et qu'ils se sont évertués à atténuer, à tromper — le moment de l'opération venu — par des procédés plus ou moins ingénieux (Crile). Mais l'objection capitale qu'on peut lui faire, et c'est surtout l'anesthésie par le chloroforme que nous envisageons, c'est de coïncider avec une mortalité importante, fait qui coupe court à toute discussion. A notre sens, c'est de cette contre-indication capitale d'employer l'anesthésie au chloroforme qu'est faite l'indication majeure de la locale. Mais il faut pourtant rappeler que celle-ci, malgré les objections formulées, est parfaite à condition d'être convenablement effectuée ; qu'au besoin on peut administrer

quelques bouffées de protoxyde ou de kélène, au moment de la luxation des lobes ou de la ligature des pédicules ; elle n'a, non plus, jamais augmenté le choc psychique, ni entraîné la défense de l'opéré ; elle permet, en outre, le contrôle du récurrent pendant l'opération. « Elle est presque toujours parfaitement supportée par le malade. » (Bérard et Peycelon.)

A ce propos, nous voulons relever l'opinion qu'a exprimée à ce sujet le Professeur Vaquez à la Conférence de la Société de Chirurgie, tenue le 26 novembre 1930. Pour lui, les accidents qu'on a parfois à déplorer en opérant pour goitre exophtalmique ne sont fonction uniquement que de l'hyperthyroïdisme aigu. Et « malgré l'existence indéniable, dit-il, prouvée par l'expérimentation et la clinique, des lésions minimales du cœur chez les basedowiens », la crainte d'accidents imputables aux complications cardiaques serait vaine, et l'anesthésie générale, jusqu'à nouvel ordre, reste de mise. Il y a, en effet, ce qu'on appelle la mort par hyperthyroïdisme aigu, car le tableau clinique qui la précède est bien superposable à ce qu'on peut voir au cours de l'évolution de la maladie de Basedow et parce que tout le monde est d'accord pour attribuer une importance certaine au maniement de la glande pendant l'opération et aux résorptions toxiques au niveau de la plaie. Affolement du poulx, agitation croissante, fièvre souvent très élevée avec tremblement et sensation d'étouffement : voilà le tableau qu'on constate presque toujours et qui finit en vingt-quatre heures par la mort.

Mais à côté de ces faits, il existe des cas mortels survenant précocement au cours même de l'opération, souvent tout à son début ou dans les quelques heures qui

la suivent. Ils réalisent un tableau tout à fait différent, espèce de collapsus soudain avec pâleur et ralentissement du pouls où l'on ne saurait incriminer aucune résorption toxique thyroïdienne, la mort survenant avant qu'on ait touché à la glande.

On a voulu expliquer ces accidents par l'hypertrophie thymique, par l'embolie gazeuse, par l'asphyxie suraiguë, toutes théories plus ou moins abandonnées. Ce qui est incontestable, c'est qu'il y a des morts où l'hyperthyroïdisme aigu et la thyroïde ne sont pour rien, tout au moins directement. Par contre, les auteurs (Dunhill, Doerfler, Joll, Pemberton), parlent volontiers des lésions cardiaques constatées dans des proportions d'ailleurs variables ; les troubles symptomatiques de ces lésions, qu'ils aient préexisté ou qu'ils se soient manifestés seulement dans les suites opératoires immédiates, atteindraient leur maximum justement chez les basedowiens opérés, comme si quelque action inhérente à l'acte opératoire les déterminait (Sansone Drago).

Il résulte de ce qui précède qu'il y a des morts certainement non imputables à l'hyperthyroïdisme aigu. Faut-il les attribuer toujours à des lésions organiques ? Sont-elles le résultat d'un réflexe inhibiteur, d'une sensibilisation ? Dans des expériences inédites, MM. Sainton et Delaunay ont pu vérifier l'hypersensibilisation des animaux hyperthyroïdés à l'éther. En présence de ces faits, l'hésitation portant sur le mode d'anesthésie n'est-elle pas plus que justifiée ? L'anesthésie locale n'apparaît-elle pas toute indiquée pour prévenir des accidents qui semblent proches parents de ceux de la narcose chloroformique ? Elle paraît désormais s'imposer. Elle a toujours été employée dans des cas graves, compliqués, auxquels

conviennent au plus haut degré les interventions, dites sériees de Kocher.

A l'heure actuelle, la majorité des chirurgiens, dans toutes interventions sur le corps thyroïde s'y est ralliée après Kocher. De Quervain, Lied, Troell, Holst, Jackson, Jirasek, Noguchi en usent.

« Ayant remarqué, écrit le Professeur Bérard, que les seuls décès de notre statistique étaient toujours survenus chez des malades endormis au kélène-éther, nous utilisons actuellement l'anesthésie locale de façon presque exclusive. Elle réduit au minimum l'intoxication des systèmes nerveux cardio-vasculaires ». B. Desplas a observé un décès sur 11 opérés. Ce malade, qui présentait d'ailleurs une forme sévère, a été opéré sous anesthésie à l'éther, alors que les 10 autres l'ont été à la locale.

« L'anesthésie locale à la novocaïne met à l'abri des inconvénients d'une narcose à l'éther ou au chloroforme » (Welti).

Récemment, des auteurs allemands : Rahm et Hass, s'en sont montrés des partisans convaincus, ayant observé, sur 12 cas de mort post-opératoire, 10 chez des opérés sous anesthésie générale à l'éther.

Le résultat de nos observations plaide nettement dans ce sens. Sur 4 interventions pratiquées sous anesthésie au chloroforme, nous comptons deux morts, soit un pourcentage de 50 pour 100. Par contre, ces quatre cas mis à part, toute notre statistique qui comporte 43 cas, est exempte de mortalité, si l'on excepte un seul cas de mort dont la raison doit ici être mise hors de cause, relevant d'un mécanisme et d'un péril que comporte tout acte chirurgical. Il s'agit en l'espèce d'une ligature de l'artère

thyroïdienne qui a cédé et qui a entraîné la mort, comme l'autopsie nous l'a permis de constater.

Ces deux cas mortels sont survenus au cours même de l'opération. Ils se sont présentés avec des caractères d'une syncope chloroformique. Dans un cas (observation I), la mort est arrivée avant de commencer l'opération, donc avant toute manipulation de la thyroïde — la chloroformisation en apparaît donc comme la seule cause à incriminer. Dans l'autre (observation III) l'issue fatale survient au moment de l'extériorisation de la glande, suivant de très près l'administration du chloroforme destinée à compléter, à ce moment, l'anesthésie locale déjà instituée. Et dans ce cas donc, on peut avec certitude rapporter la mort au chloroforme. Dans les deux cas, toutes tentatives habituelles pour ranimer les malades sont restées vaines.

L'autopsie nous a permis de constater la présence d'une hypertrophie thymique (la glande pesait respectivement 32 et 45 grammes). Elle a été identifiée histologiquement par la découverte des corpuscules de Hassal.

Nous ne faisons que verser dans les débats ces faits qui ont fait naguère tant de bruit en raison d'une nouvelle pathogénie de la mort subite, dite thymique, qu'ils ont suscitée et dont l'intérêt semble aujourd'hui perdre du terrain.

LES RISQUES OPÉRATOIRES

Nous ne parlerons évidemment que de ceux que comportent les opérations sur le corps thyroïde, les seules logiques, les seules dont il est question ici.

Avant de les étudier avec quelque détail, nous tenons à marquer la différence profonde qui sépare l'opinion de la majorité des praticiens, surtout en France, sur le danger de ces interventions de celle d'un nombre relativement restreint de médecins et de chirurgiens qui en ont une grande habitude et une connaissance approfondie. Pour les premiers, la conviction du danger des opérations thyroïdiennes tient du dogme — tant elle est répandue et tant elle leur paraît intangible. Ce sont les réminiscences des premiers essais chirurgicaux pour goitre exophtalmique. Or, comme il en arrive avec les dogmes, celui-ci est une erreur, écrit Riedel. Et il ne serait nullement exagéré de considérer, avec Crile, la sécurité opératoire dans la cure de l'hyperthyroïdisme un peu comme celle de l'appendicite.

Le Professeur Sébileau n'écrit-il pas : « ...du point de vue purement opératoire, je ne crois pas la subtotalité plus grave que la toto-lobaire unilatérale », et plus loin, « l'amélioration des symptômes est telle qu'elle justifie — puisque la mortalité opératoire est quasi-négligeable — un acte chirurgical unique au dédouble ». (Prat. Méd. France. Août 1927. Chirurgie des Basedowiens.)

C'est la bénignité de la thyroïdectomie qui est le fait

nouveau, incontestable, lequel joint à sa haute valeur thérapeutique, a rendu cette intervention une des plus belles acquisitions de la chirurgie moderne.

A. — LA MORTALITÉ OPÉRATOIRE

Peu de maladies ont suscité des statistiques aussi nombreuses et surtout aussi discordantes. Là, peut-être, il faut voir un des facteurs du pessimisme des médecins dans l'efficacité du traitement sanglant.

Ces statistiques varient d'un auteur à l'autre, et chez le même chirurgien, elles varient dans le temps.

Statistique de Küttner publiée par Liebig :

1893-1907 : Mortalité 19,1 %.

1907-1923 : Mortalité 9,5 %.

Et si l'on n'envisage que les malades opérés de la thyroïdectomie subtotale — opération dernière venue — la mortalité tombe à 7 %.

Kocher accuse en 1902 9 %. Les résultats vont en s'améliorant d'année en année : en 1907, la mortalité est inférieure à 1 % ; en 1910, pas un décès sur 93 cas.

Alamartine rapporte la statistique de Riedel : en 1906 12 % ; en 1908 10 %.

Le même auteur, en 1910, donne le taux de 7,7 % sur la totalité des statistiques allemandes et suisses.

D'après les observations réunies par Lenormant, appartenant aux auteurs français, la mortalité est de 7,3 % (1910).

Von Eiselberg (1910) 11 % ; en 1928 : 7 %.

Par contre, déjà à cette époque (1907-1908), Dunhill et

Klemm opèrent respectivement 7 et 32 malades sans en perdre un seul. Halsted accuse une mortalité de 2,2 %.

Les statistiques suivantes, particulièrement intéressantes en raison du nombre élevé des opérés et du prestige de leurs auteurs accusent successivement :

La clinique Mayo :

En 1904 : 15 %	En 1923 : 1,7 %
En 1907 : 8 %	En 1924 : 0,8 %
En 1909 : 4,5 %	En 1920 : 0,82 %

Crile :

En 1920-1921 : 1,5 % à 0,8 %.
En 1925 : 1,5 %.

Clute cite la statistique de la clinique de Lahey :

En 1921-1924 : 0,91 %.

Porter, 1923 : 12 %

Ferry, 1920 : 4,3 %

Romanis, 1922 : 2,4 %

Pemberton, 1924 : 0,8 %

Blackford, 1922 : 4 %

Zudd, 1920 : 16 %

De Quervain, 1922-1923 : 1^{re} série: 10 % ; 2^e série: 1,6 %.

Troell, 1925 : 13 %. En 1929, il n'a qu'une mortalité de 2,2 %.

Holst, 1927 : 2 % ; Goetsch, 1928, 2,1 %.

Landau fixe le taux de la mortalité à 11,4 % sur la totalité des cas provenant de la clinique de Hildebrand, entre 1919 et 1928, mais celui-ci l'a fixé à partir de 1923 à 3 %.

La statistique de Lied publiée par Brodersen et Har-

bitz (1926) est particulièrement encourageante : pas de mort sur 101 opérations.

Le rapport de Noguchi (1929) est très édifiant : mortalité de 3,4 % sur 800 cas. Mais si l'on compare les séries de malades se succédant dans le temps, on constate que la mortalité descend graduellement de 7 % à 2 %, à 0 %. Aussi, depuis 1925, il n'a enregistré aucun décès.

Parmi les statistiques françaises récentes, citons celle de Bérard (1929), 4,4 %.

Marcel Labbé donne pour les malades qu'il a fait opérer le taux de 20 % (1931).

Duval et Welti opposent à cette statistique une mortalité de 2,2 % sur 45 opérés.

Sylvain Blondin dans sa thèse (1930) fort documentée, rapporte les opérations de Lécène : sur 16 thyroïdectomies un cas de mort post-opératoire immédiate.

Welti (1930) compte un seul cas de mort depuis 1928 jusqu'à 1932 sur 81 opérés ayant nécessité 118 opérations ; soit une mortalité de 1,5 % par rapport au nombre des malades.

B. — LES ACCIDENTS OPÉRATOIRES

Ils ne sont pas d'importance égale. Il y en a deux surtout qui sont la cause de beaucoup la plus importante de la mortalité opératoire dont nous avons fourni les statistiques dans le chapitre précédent.

Parmi eux, il en est un que nous avons décrit dans le chapitre précédent, car nous le considérons comme relevant de l'anesthésie chloroformique et non pas de l'acte chirurgical lui-même. C'est la mort subite, celle qui sur-

vient au cours de l'opération, parfois même avant qu'on ait commencé à opérer. Nos deux cas de décès (observations I et III) sont à ce sujet suffisamment éloquents.

Parmi les principaux accidents qu'on peut observer à la suite de la thyroïdectomie, nous allons étudier d'abord ceux qui sont particuliers aux goîtres exophtalmiques pour passer en revue ensuite ceux qui sont communs aux opérations pour tout goitre.

I. — COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES PROPRES AU GOITRE EXOPHTALMIQUE

Parmi celles-ci, il y en a une précoce, c'est la crise de l'hyperthyroïdisme aigu et il y en a de tardives : le myxœdème et la tétanie.

a) *Accidents immédiats*

La crise d'hyperthyroïdisme aigu. — Nous avons esquissé plus haut le tableau clinique de la crise du basedowisme aigu. Cette appellation, quelle que soit la pathogénie de ces accidents, reste un terme excellent. Ne se présentent-ils pas, en effet, comme une exacerbation momentanée de tous les symptômes de la maladie ? (Bérard et Peycelon, *Journal de Chirurgie*, Nov. 1929.)

Sans vouloir nous engager dans la discussion de la genèse de ces accidents, disons qu'un rôle de tout premier ordre revient à la résorption des produits toxiques et à celle du sang du malade. La technique actuelle en tient un compte minutieux. Le corps thyroïde, étant friable et vasculaire, doit être manié avec une extrême

douceur et l'opération, par conséquent, est lente. On effectuera une hémostase parfaite. La plaie sera tamponnée, drainée et suturée secondairement. (Welti, *Gaz. Méd. de France*, n° 12, 1928.)

Dans les cas où ces accidents prennent une allure sur-aiguë, la mort survient en 12 à 36 heures. Par ailleurs, il est banal de constater dans les suites opératoires immédiates une ébauche de syndrome thyro-toxique, avec élévation de la température, accélération du pouls, excitation psychique, qui sont sans lendemain.

Quelle est la fréquence de ces accidents ? Ils sont rares et ils le deviennent de plus en plus. A part la technique opératoire — la préparation du malade, le moment de l'intervention judicieusement choisi, l'anesthésie locale, les soins post-opératoires, les opérations sérieuses, s'il y a lieu — en sont autant de raisons. On les trouve plus détaillées dans le cours de ce travail.

M. Welti accuse, dans sa dernière communication, un seul cas de mort par hyperthyroïdisme aigu sur 81 malades ayant nécessité 118 opérations. Notre statistique n'en comporte pas du tout. Les larges résections qui sont presque seules pratiquées actuellement donneraient une réaction post-opératoire plus atténuée que les ablations partielles, dont l'hémithyroïdectomie. (Bérard et Peycelon).

b) *Accidents éloignés*

Le myxoedème - La tétanie. — Ces complications se voient bien rarement et la tétanie mortelle ou grave est exceptionnelle. On en observait plus souvent autrefois à la suite des ablations totales. D'ailleurs, les résections

étendues, les ligatures des quatre artères thyroïdiennes les favorisent. Kocher cite pour cette dernière intervention un cas de myxoedème. De même, les irradiations antérieures sur le corps thyroïde seraient assez souvent un facteur déterminant de ces complications (Troell). Nous ne les avons pas notées dans nos observations. Si les cas de myxoedème franc sont pratiquement inexistant, on observe par contre plus souvent de légers états hypothyroïdiens (De Quervain, Noguchi) qui se comprennent trop bien, vu le précepte énoncé par les Américains pour lesquels l'apparition d'un léger hypothyroïdisme traduit que la quantité maxima de tissu glandulaire à enlever a été atteinte. Ces troubles, du reste, passent tout seuls ou à la suite d'un traitement opothérapique.

En tout cas, et ceci est vrai, aussi bien pour la prophylaxie du myxoedème que de la tétanie, l'opération doit être physiologique, comme le dit Welti.

Le fragment de la glande qu'on laisse en place et qui cache également les parathyroïdes doit être viable, c'est-à-dire bien innervé et bien vascularisé.

La tétanie serait assez fréquente dans la maladie de Basedow et il serait possible souvent de trouver des signes de tétanie avant l'opération. On en a raison la plupart du temps avec l'opothérapie parathyroïdienne ou les sels de calcium (Brodersen, Sainton). Les résultats des traitements par greffe sont discutables.

II. — COMPLICATIONS COMMUNES

AUX OPERATIONS POUR GOITRE SIMPLE

Les lésions du récurrent

Complication qui est due à un froissement du nerf, un pincement, à une compression par un hématome. Exceptionnellement grave, elle est la plupart du temps transitoire et n'amène que des troubles vocaux. Nous avons bien noté chez certains de nos malades la voix enrouée pendant quelques semaines, mais n'avons jamais observé des cas sérieux avec troubles de la déglutition.

Enfin, nous devons signaler une complication qui a été la cause de notre troisième cas de mort (observation II), c'est le glissement de la ligature d'une artère thyroïdienne qui a provoqué une hémorragie ayant fusé dans le médiastin et ayant amené un syndrome aigu de compression en même temps que les signes habituels des grandes hémorragies.

INTERPRÉTATIONS

CAUSES DE LA DIMINUTION DES RISQUES OPÉRATOIRES

Que conclure d'après ces résultats ?

Les nouvelles statistiques, disent certains, seraient trompeuses, car elles englobent des cas bénins — qu'on n'aurait pas songé à opérer autrefois — et éliminent les cas graves.

Ce reproche est-il absolu et peut-on l'adresser à la généralité des faits ? Est-il capable de fausser sensiblement les chiffres émanant de tant d'auteurs ? Il est difficile de l'admettre. Dans certains cas, on peut même franchement le contester.

Ainsi, pour ne citer qu'une des statistiques récentes, celle de Welti, son auteur spécifie qu'il s'agissait en général de formes graves du goitre exophtalmique. Noguchi, on le sait, pousse très loin les indications opératoires. Crile opère 100 % des malades. Et puis un autre argument nous semble décisif : c'est la chute manifeste de la mortalité chez les mêmes auteurs, qui en accusaient une beaucoup plus forte 10-15 ans auparavant.

Ceci dit, certaines considérations s'imposent :

On constate une diminution de la mortalité dans les statistiques récentes par rapport aux anciennes. Ce fait est d'autant plus suggestif qu'on le voit s'opérer entre les mains d'un même auteur (Kocher, De Quervain, Kütt-

ner, Eiselberg, Mayo, Crile, Troell, Noguchi, Welti). Bérard estime la mortalité moyenne actuelle tombée entre 1 % et 4 % par rapport à 10 et 15 % en 1910. Jirasek (Prague) donne respectivement les chiffres extrêmes : 0,5 % et 15,8 %.

On voit, en particulier, que les dernières statistiques françaises, celle de M. Labbé mise à part (Bérard 4,4 %, Duval et Welti 2,2 %, Welti 1,5 %) se rapprochent singulièrement des meilleures étrangères. Sur l'ensemble des cas que nous publions, soit 43 opérés, nous en avons perdu 3.

Ces résultats expliquent qu'on ait pu dire : « Les interventions chirurgicales pour goitre exophtalmique ne comportent plus aucun danger » (Welti).

S. Blondin arrive presque à la même conclusion (thèse Paris 1930). Marcel Labbé n'accorde-t-il pas aux statistiques américaines (De Mayo, Crile, Lahey) toute leur valeur ? (*Société de Chirurgie*, Janvier et mars 1931.)

Quelles sont les raisons de cette diminution de mortalité ? « Elle dépend évidemment de l'amélioration de la technique, écrit Lenormant, mais je crois qu'elle est encore plus en rapport avec la connaissance approfondie que le chirurgien acquiert de la maladie, avec l'examen attentif des malades, le choix judicieux des cas, en un mot avec la précision des indications opératoires. »

C'est une vérité trop connue actuellement qu'il ne faut pas opérer en temps de crise. C'est aller au devant de catastrophes que de tenter alors un acte chirurgical. Dans les limites du possible, il faut faire tout pour juguler la poussée d'hyperthyroïdisme et s'entourer de toutes les précautions par le traitement préopératoire.

La préparation du malade est un temps capital et cela

quelque bénigne que paraisse l'affection. Le repos, l'iode, les toni-cardiaques et les sédatifs du système nerveux en constituent les termes principaux. Ainsi, d'après Porter, l'iodothérapie aurait diminué la mortalité de 13 à 3 %. Mais cette chimiothérapie n'est pas tout.

Le traitement psychique ou plutôt du psychisme du malade est d'une importance primordiale. On sait la part qui en revient à Crile. Celui-ci s'est astreint à « porter l'opération au malade au lieu d'apporter le malade à l'opération ».

Des précautions qui peuvent paraître superflues, des attentions d'apparence anodine sont ici de rigueur. Il y a là une espèce de discipline qu'il faut scrupuleusement suivre. On ne saurait jamais trop insister sur ce point pour le mettre en vedette. D'où la nécessité de collaboration entre le médecin et le chirurgien, et particulièrement dans le cas où celui-ci n'a pas une grande habitude de la question, nous dirions volontiers, n'est pas spécialisé.

Les paroles de Lenormant, citées plus haut, exprimées par un chirurgien, n'en sont que trop significatives.

Le chirurgien remettra l'opération lorsqu'il ne jugera pas le malade complètement calme. On tiendra grand compte de l'appréhension du malade. La seule malade, très atteinte du reste, de la dernière statistique de M. Welti, que celui-ci ait perdu, a déclaré avoir eu peur au moment de l'opération. « L'anxiété et la pâleur du visage sont d'un mauvais pronostic » (Marcel Labbé).

Quant à la précocité de l'opération, nous ne la rappelons que pour signaler l'importance que les chirurgiens, après Kocher lui attribuent dans l'abaissement de la mortalité opératoire. Tous nos malades n'ont été opérés

qu'après échec des traitements médicaux, excepté les cas où le traitement chirurgical s'imposait d'emblée.

Nous ne ferons que remarquer qu'actuellement, le nombre des malades qu'on n'opère pas parce qu'ils viennent trop tard, est extrêmement petit, tant sont reculées les limites de l'inopérabilité, tant a augmenté la sécurité opératoire.

Supposons un basedowien venu à un moment donné de l'évolution de sa maladie chez le chirurgien et préparé pour l'intervention. Un point capital reste à être fixé : la modalité opératoire. Acte chirurgical unique ou opérations fractionnées successives ? Les auteurs les plus autorisés : Kocher, Mayo, Noguchi, Crile ; en France : Lenormant, Bérard, Welti, sont absolument d'accord pour attribuer aux opérations graduées, s'il y a lieu, une place très importante parmi les causes qui ont si grandement amélioré leurs statistiques. Encore faut-il préciser la gravité de chaque cas.

Sur quels éléments doit-on se baser pour faire cette discrimination ?

Selon quelques auteurs, le métabolisme basal a une importance telle qu'il prime tous les autres signes, encore qu'on doive toujours le confronter avec la clinique. Suivant les autres, ce sont les signes cliniques qui doivent l'emporter et le M. B. n'a qu'une valeur restreinte au point de vue qui nous intéresse.

Entre un M. B. relativement peu élevé et des signes cliniques très accusés, par exemple, c'est la clinique qu'il faut choisir comme guide pour déterminer le mode opératoire. C'est l'amaigrissement, la tachyarythmie avec fibrillation ; la diarrhée, les vomissements, l'agitation avec insomnie ; la nature du goitre : diffus, vascu-

laire et l'âge des malades : très jeunes ou âgés — qui constituent les signes de gravité et commandent la prudence.

Nous voyons encore une fois que la connaissance approfondie de la maladie joue à tout moment et comporte des sanctions.

Les indications opératoires comportent donc, en définitive trois facteurs à considérer : l'époque de la maladie (précocité de l'intervention), le moment de la maladie (en dehors d'une poussée, sur malade préparé) et le mode opératoire, suivant l'état plus ou moins stabilisé du malade par le traitement préopératoire.

Nous nous sommes suffisamment étendu sur l'anesthésie pour ne faire que rappeler ici l'importance qui lui revient dans la genèse de la mortalité opératoire.

Il est à peine besoin de dire le concours que l'amélioration de la technique a apporté aux résultats thérapeutiques. Nous avons rappelé, à propos de l'hyperthyroïdisme les quelques considérations pathogéniques qui lui servent de base.

Enfin, il est de la plus haute importance de surveiller très attentivement les malades aussitôt après l'opération. L'application du froid — vessies de glace de préférence — constitue un excellent moyen qui prévient l'hyperthermie et l'agitation des malades. Pour beaucoup d'auteurs (Chvostek, Niesser, Loewy et Zondek, Plummer, Boothby, M. Labbé), l'iodothérapie s'impose aussi impérieusement après qu'avant l'opération.

RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les risques de la chirurgie thyroïdienne sont donc à l'heure actuelle relativement minimales et les objections formulées autrefois à ce titre au traitement sanglant tombent. Mais, si cette notion essentielle est acquise et n'est plus contestée, même par les auteurs les plus rigoureux, il n'en va plus de même de l'appréciation des suites lointaines, des résultats thérapeutiques positifs.

Les difficultés sont en effet grandes en face des statistiques fort nombreuses qui manquent de mesures communes, de critères objectifs.

Il tombe évidemment sous le sens que tous les cas englobés dans les statistiques ne sont pas de gravité égale. D'autre part, les statistiques portent surtout, et le contraire serait matériellement impossible, sur les résultats immédiats. Or, la maladie n'est pas de celles où l'on puisse juger définitivement les résultats, immédiatement après l'acte chirurgical.

STATISTIQUES

Voyons d'abord ces résultats d'après quelques statistiques :

Celle de Kocher (1907) : 72 % de résultats favorables comportant 57 % de guérisons.

Alamartine (1910) rapporte les résultats de Riedel :

Guérisons : 72 % ; améliorations : 12 % ; insuccès : 2 %.

Judd (1914) estime à 79 % ses résultats favorables, dont 65 % de guérisons.

Hildebrand (1923) : à 88 % dont 54 % de guérisons.

Kuttner (par Liebig en 1924) : à 87 % ; Pemberton à 79 %. Ces chiffres se rapportent à une partie seulement des malades qu'on a pu suivre longtemps.

Jackson (1927) fixe le taux des guérisons à 92 % ; Brodersen et Harbitz : 82 % ; Kaspar (1928) : 90 % ; Frazier (1928) : 80 % de guérisons.

Duval et Welti (1931), sur 30 cas de Basedow vrai en ont suivi 20. Sur ces 20 opérés, il y a eu 17 guérisons complètes, soit 85 %.

Desplas (1931) rapporte une série de 11 cas : 1 décès, 10 guérisons suivies de 2 à 11 ans.

Peycelon donne les résultats des malades opérés par le Professeur Bérard : Guérisons totales : 22 % ; Grandes améliorations : 35 %.

Le professeur Labbé estime les guérisons complètes à 16 % contre 55 % d'incomplètes.

« Aucun des malades du professeur Lécène, rapporte S. Blondin dans sa thèse, ne peut être rangé dans cette catégorie des guérisons intégrales. »

CONSIDERATIONS GENERALES

Les chiffres extrêmes sont donc de 16 % et 90 %. Pour plus de clarté, nous avons cherché à mettre en relief les statistiques à appréciation simple, guérisons ou résultats favorables, et à éviter celles où l'idée dominante s'embrouille à force de vouloir trop classer les résultats :

en guérisons, améliorations, grandes, moyennes et légères.

Il est évident que, seule, la conception différente du terme guérison peut expliquer la divergence des chiffres. Ainsi, pour Marcel Labbé, c'est le métabolisme de base qui est le seul critérium de la guérison. La persistance d'un métabolisme élevé atteste que l'évolution de la maladie n'est pas éteinte. C'est la disparition de l'exophtalmie, symptôme le plus tenace, qui est pour Noguchi la pierre de touche de la guérison parfaite.

Non seulement l'accord n'est pas fait sur le test de la guérison, mais, ce qui plus est, alors que d'aucuns, qui sont la grande majorité, promettent et affirment la guérison dans une proportion de 85 à 90 %, d'autres la déclarent comme exceptionnelle ou impossible. D'après Moëbius, tout basedowien garde pour la vie une certaine tendance au nervosisme et à la tachycardie. « Tous les malades que nous avons examinés restent des instables. » (S. Blondin).

Ces thèses opposées sont-elles aussi intransigeantes, comme on pourrait le croire ? Une formule compréhensive, mais simple, répondant à la réalité des faits, mais concluante, est-elle possible ? Il est plus que probable que, dans l'immense majorité des cas, la guérison intégrale, absolue, la *restitutio ad integrum* n'est pas obtenue, si l'on n'envisage que les goîtres exophtalmiques vrais. Est-ce à dire que de ce fait, le problème de la thérapeutique chirurgicale des basedowiens reste en suspens ? Ou bien ses résultats pratiques, tangibles sont-ils capables d'entraîner la conviction ? La très grande majorité des auteurs y répond par l'affirmative. Les résultats de nos observations nous incitent à y adhérer.

Est-ce que dans nombre de maladies, telle la syphilis ou la tuberculose, l'on ne se contente pas souvent de critère clinique de guérison ? En l'espèce, pourquoi ne pas admettre un critère pratique et ne pas considérer avec Lenormant que : « un malade qui peut reprendre la vie commune et cesser de se soigner est pratiquement guéri ? » Or, ce résultat est très souvent atteint.

« En réalité, toutes les fois que le traitement médical ou les agents physiques, n'ont pas abouti, ce qui est la règle, c'est directement au goitre lui-même qu'il faut s'adresser. » Et surtout : « Si la guérison complète et définitive est une exception, l'insuccès l'est aussi. La vérité est que, dans la grande majorité des cas, l'amélioration considérable et définitive des symptômes de toxicité thyroïdienne est telle qu'elle justifie un acte chirurgical... » (Sébileau).

La chirurgie donne, dans les cas judicieusement choisis, des résultats qui la justifient. Souvent, elle est la seule, dans tout l'arsenal thérapeutique, à les donner. Dans la plupart de nos cas, le traitement sanglant n'a été décidé qu'après échec des traitements médicaux variés.

Le Professeur Labbé, lui-même, n'a-t-il pas exprimé l'espoir qu'on obtiendra à Paris, grâce à une préparation et une surveillance plus rigoureuse des malades les mêmes succès qu'en Amérique du Nord ?

S. Blondin qui ne semble pas partager l'optimisme des interventionnistes, n'écrit-il pas : « qu'un malade jusque-là retranché de toute vie active puisse reprendre une activité sociale compatible avec l'exercice d'un certain nombre de professions, c'est là un résultat remar-

quable. Beaucoup, la presque totalité des opérés, retirent ce bénéfice de la thyroïdectomie. » ?

GOITRE BASEDOWIFIÉ. ADÉNOME TOXIQUE

Nous croyons devoir mettre à part dans l'appréciation du pronostic opératoire immédiat et éloigné le goitre basedowifié, adénome toxique de Plummer. Ce n'est pas cette forme du syndrome basedowien que nous avons envisagé dans la discussion ci-dessus.

Sur les indications opératoires et son pronostic, en effet, tout le monde est d'accord. Elle appartient à la chirurgie en entier et son pronostic opératoire est d'une bénignité insoupçonnable : « L'exérèse ne fait courir aucun danger autre que celui qui est inhérent au plus inoffensif des actes chirurgicaux, quelque sévère que puisse paraître le syndrome thyroïdien. » (Sébileau).

Nous voudrions souligner, en passant, tout l'intérêt diagnostic qui se rattache, de ce fait, à cette variété du goitre exophtalmique et où le palper est du plus grand secours pour l'identifier. (Sainton).

EVOLUTION POST-OPÉRATOIRE

Dans les cas où l'opération doit amener une guérison, celle-ci ne vient pas le plus souvent aussitôt après. L'évolution se fait en deux phases (Alamartine, Bérard). Dans la première, on observe une amélioration rapide et immédiate des troubles subjectifs. Les palpitations et la dyspnée n'apparaissent que par intermittence, à l'occasion d'une émotion, par exemple ; les troubles vasomoteurs et sécrétoires, les bouffées de chaleur, les sueurs,

la diarrhée ont disparu ; les troubles menstruels peuvent être heureusement modifiés ; le sommeil est revenu et la transformation du psychisme crée une véritable sensation de bien-être.

Dans la deuxième phase, l'amélioration progresse lentement et porte sur l'état général et les signes physiques. Elle se stabilise à une échéance qu'il est difficile de fixer. Il faut attendre plusieurs mois, un an et même plus de deux ans comme l'a observé M. Labbé, pour voir disparaître les symptômes.

On note une reprise du poids, la disparition de l'asthénie ; le malade reprend sa vie normale et son travail. Le tremblement peut complètement disparaître, la tachycardie diminue, mais il est rare qu'elle soit réduite intégralement. Les troubles du rythme : tachyarythmie, arythmie complète disparaissent lorsqu'ils sont transitoires. La disparition ne s'observe pas toujours lorsqu'ils sont permanents (dans 65 % pour Crile).

De tous les symptômes objectifs, c'est bien l'exophtalmie qui est le plus tenace. Quoique sa régression définitive est possible, en général, après quelque amélioration, elle se stabilise ensuite pour ne plus changer. Le professeur Bérard porte le taux de la guérison de 30 % à 70-80 %, si l'on fait abstraction de l'exophtalmie.

Le métabolisme basal enfin est presque toujours abaissé. Dans nos cas, toutes les fois où sa mesure a pu être effectuée avant et après l'intervention, nous l'avons constaté.

A cet égard, écrit le professeur Bérard, « aucun procédé ne peut faire ce que réalise la subtotale ». De même que dans les indications opératoires, dans l'appréciation des résultats thérapeutiques, la majorité des auteurs sem-

ble donner l'avantage à la clinique sur le métabolisme, en cas de conflit dans leurs indications.

En tout cas, sa chute paraît proportionnelle à l'étendue de la résection. Une exérèse insuffisante peut non seulement ne pas l'abaisser, mais encore l'augmenter. (Observation XL.)

Le même mécanisme est souvent à l'origine des récidives.

VALEUR DE DIFFÉRENTS TRAITEMENTS CHIRURGICAUX RÉCIDIVES

Il s'en faut que les divers traitements chirurgicaux pour goître exophtalmique aient la même valeur. Certains d'entre eux n'ont gardé qu'un intérêt historique : la thymectomie de l'école allemande et la sympathectomie de l'école lyonnaise, fruits des conceptions pathogéniques d'autrefois.

La ligature des artères thyroïdiennes, d'une ou habituellement de deux ou trois, en vue de provoquer l'atrophie du corps thyroïde, en tant qu'opération autonome, a des indications extrêmement limitées et rares ; on l'emploie chez les vieillards ou les cachectiques. Capable d'amener une régression des symptômes et très rarement la guérison, ces résultats sont presque toujours insuffisants et transitoires. Elle a, par contre, pris place comme premier temps dans les opérations lentes, graduées ; méthode sans éclat — à l'opposé de la chirurgie d'exérèse d'emblée à grand appareil — mais qui est plus sûre et qui a si puissamment contribué à l'amélioration du pronostic immédiat de la chirurgie basedowienne.

C'est à la résection thyroïdienne subtotalé que vont

actuellement tous les suffrages. C'est elle qui est la plus rapide et la plus durable dans ses effets.

La comparaison des statistiques permet ici des conclusions plus nettes. On voit que les meilleurs résultats, dans les différentes statistiques des mêmes chirurgiens, établies suivant le mode d'opération, marchent de pair avec les thyroïdectomies plus larges. (Sudeck, Holst, Pemberton, Lied.) Les américains surtout y insistent.

Non seulement, elle entraîne les meilleurs résultats en général, mais encore le nombre des récidives qu'on peut observer après l'opération est le plus bas.

Elles ne sont pas exceptionnelles. Elles surviendraient avec une fréquence qui varie de 18 % à 6 % suivant différents auteurs. Certains les considèrent comme très rares. Le professeur Bérard dit n'en avoir jamais vu après les thyroïdectomies subtotaies.

Elles apparaissent avec le maximum de fréquence entre six mois et un an après l'intervention. Elles peuvent être tardives ; exceptionnellement, on les voit cinq, six ans après. Leur allure et leur évolution sont exactement comparables à ce que la maladie a été avant l'opération. On dirait que la maladie continue. Pour la plupart des auteurs, c'est l'hypertrophie et l'hyperplasie de la partie de la glande laissée qui en est la cause. Certains se demandent si ce n'est pas tout simplement la continuation de l'évolution de la maladie. Cette hypertrophie thyroïdienne post-opératoire serait donc l'effet et non la cause d'un mal qui évolue quoiqu'on fasse et dont les origines complexes restent encore obscures.

On note assez souvent dans l'étiologie des récidives ou tout simplement des reprises de la maladie un épisode infectieux : grippe, angine ou bien un choc émotif.

Très souvent, un traitement médical bien et patiemment conduit arrive à bout de ces troubles, comme nous l'avons constaté dans quelques cas. Pour consolider la guérison, ce traitement doit être prolongé. En face d'une opération insuffisante, d'une hypertrophie consécutive importante une nouvelle exérèse s'impose, très laborieuse la plupart du temps du fait des adhérences, des difficultés de l'hémostase. Les résultats sont le plus souvent satisfaisants.

NOS OBSERVATIONS

Nous publions 41 observations. Le nombre cependant de nos opérés est de 43, car 2 malades sont venus, alors qu'il ne nous était plus possible de prendre leurs observations, augmenter notre statistique.

Si quelques-unes de nos observations ne sont pas aussi détaillées qu'on pourrait le souhaiter, nous avons néanmoins préféré les produire telles que nous avons pu les avoir, sommaires, que pas du tout.

Dans tous les cas le diagnostic a été confirmé par l'examen histologique de la pièce opératoire.

OBSERVATION I

Mme Sib..., 36 ans, est vue pour goitre exophtalmique le 11 juin 1928. Tuméfaction soudaine du cou après une émotion, suivie d'enrouement de la voix, au dire de la malade. Palpitations continuelles ; sueurs abondantes. Tremblement important et généralisé aux 4 membres et à l'extrémité céphalique.

La malade a toujours été mal réglée. Durée des règles : 10 jours. A cette occasion, accentuation des troubles.

Traitement par rayons ultra-violets vite abandonné.

Le 12 juin 1928, la malade est opérée sous anesthésie chloroformique par le docteur E... Au début de l'anesthésie, avant toute opération, la malade fait une syncope chloroformique fatale. On tente, en vain, l'adrénaline intracardiaque et le massage du cœur mis à nu, après péricardotomie.

L'autopsie a permis de révéler l'existence d'une hyper-

trophie du thymus. La glande pesait 32 grammes. Elle a été identifiée histologiquement par la découverte des corpuscules de Hassal.

D'autre part, on a constaté un cœur volumineux avec rétrécissement mitral.

OBSERVATION II

Mme Joub..., 29 ans. Goitre basedowifié.

Tumeur thyroïdienne. Hypertrophie diffuse du lobe droit, noyau gros comme une noix dans le lobe gauche. Pouls à 100. Eréthisme cardiaque et artériel — au niveau du cou — violents. Exophtalmie légère avec signes de Moëbius, Joffroy et nystagmus. Tremblement très modéré.

Grande nervosité. Troubles vaso-moteurs et trophiques. Malade réglée à 18 ans très difficilement. Depuis : oligomenorrhée, irrégularité, amenorrhée intermittente. Mère de deux enfants.

La mesure du M. B. donnait + 39 % et + 50 % une autre fois. Amaigrissements. Troubles gastro-intestinaux.

Opérée le 18 avril 1929 par le docteur A... sous anesthésie locale. Thyroïdectomie subtotale. Décès en salle quelques jours plus tard.

L'autopsie a permis d'incriminer une ligature qui a cédé. On a, en effet, constaté une poche hémorragique venant de l'artère thyroïdienne sup. droite, largement diffusée et ayant formé un caillot, gros comme deux points, comprimant la trachée.

OBSERVATION III

Mme Pass..., 45 ans. Goitre en voie de basedowification.

Hypertrophie diffuse avec noyau médian marquant l'isthme. Pouls à 104. Pas d'exophtalmie. Tremblement.

Grande nervosité. Troubles vaso-moteurs. Règles irrégulières. M. B. + 95 %.

Le malade a subi en Hongrie un traitement par injec-

tions locales. Intervention le 22 juin 1931 par le docteur F... Elle est pratiquée sous anesthésie locale. Au moment de l'extériorisation de la glande on donne du chloroforme, la malade s'agitant un peu. Une syncope survient alors, fatale malgré une piqûre d'adrénaline intra-ventriculaire.

Chez cette malade, l'autopsie a permis de constater l'existence d'un gros thymus pesant 45 grammes et descendant jusqu'à la quatrième côte.

OBSERVATION IV

Mme M..., 33 ans, est vue pour goitre exophtalmique en octobre 1927. Le corps thyroïde présente une hypertrophie diffuse surtout accusée à gauche et au niveau de l'isthme. Battement des carotides.

Pouls 110. Palpitations intermittentes.

L'exophtalmie est légère, le regard fixe et brillant.

Troubles nerveux très accentués : idées de suicide, angoisse, agitation, insomnie, vertiges. Tremblement.

Amaigrissement très important. Troubles gastro-intestinaux. Les règles sont devenues plus abondantes.

On fait prendre à la malade du lugol et de la digitale. Le 6 octobre 1927 le docteur B... pratique la thyroïdectomie subtotala sous anesthésie locale avec le concours du protoxyde d'azote. Les suites opératoires sont simples. Le pouls est à 90. L'exophtalmie est très diminuée.

Le 28 mai 1928, la malade est examinée par le docteur Sainton. Le pouls est à 90. Le tremblement a disparu. La malade est calme. Il n'y a plus de troubles gastro-intestinaux. Son poids a augmenté de 16 kilos.

OBSERVATION V

Mme Glos..., 48 ans, vient pour goitre exophtalmique en octobre 1930. Le corps thyroïde, légèrement augmenté de volume, présente des battements et du thrill.

Le pouls est à 80. Légère exophtalmie intermittente avec éclat du regard. Les mains tremblent légèrement. Pas de

modification du caractère. Troubles vaso-moteurs. Disparition des règles.

Le M. B. est de + 20 % ; l'amaigrissement est important.

La malade a suivi un traitement par l'hématoéthyrôïdine sans succès, par le lugol ensuite, qui l'avait améliorée.

Elle est opérée le 11 octobre 1930 par le Docteur D... sous anesthésie locale. Thyroïdectomie. Guérison.

OBSERVATION VI

Mme de L..., 47 ans. Petit noyau adénomateux thyroïdien. Pouls peu accéléré, palpitations. Tremblement.

Nervosité, dépression psychique.

Amaigrissement.

Opération en octobre 1930 sous anesthésie locale par le docteur B... Hémithyroïdectomie. Amélioration rapide de tous les symptômes.

OBSERVATION VII

Mme Le S..., 58 ans. Goitre basedowifié.

Goitre depuis le jeune âge n'ayant jamais causé ni gêne, ni trouble. Vers 30 ans, le goitre s'est mis à augmenter considérablement de volume.

Au moment de l'examen, tumeur thyroïdienne énorme avec points en voie de ramollissement ; prédominance à droite. Le pouls est à 120. Palpitations. Tremblement. Nervosité. M. B. + 59 %.

Opération en juin 1920 par le docteur Bon..., sous anesthésie à l'éther. Lobectomie droite. Guérison.

OBSERVATION VIII

Mme Jan... Forme moyenne de goitre exophtalmique. Prédominance des symptômes cardiaques, arythmie complète. Tremblement. Troubles vaso-moteurs. Nervosité.

Opération le 30 mai 1930 par le docteur B... à l'anesthésie locale. Thyroïdectomie subtotale. Guérison.

OBSERVATION IX

Mlle Mor..., 36 ans. Goitre basedowifié.

La malade voit son cou augmenter de volume en 1927.

A l'examen : tumeur adénomateuse dans le lobe droit.

Tachycardie légère, 90. Exophtalmie. Tremblement.

Nervosité, angoisse. Amaigrissement, le poids étant de 68 kilos.

Troubles menstruels, règles irrégulières.

12 séances de radiothérapie sans succès.

En décembre 1928, ligature des artères thyroïdiennes par le docteur X... On n'observe aucune amélioration.

Le 25 mars 1929 est pratiquée l'hémithyroïdectomie sous anesthésie à l'éther.

La malade est examinée le 26 octobre 1929 par le docteur Sainton : diminution de l'exophtalmie. Légères intermittences cardiaques. Augmentation du poids de 5 kilos. Amélioration de l'état nerveux. Règles plus abondantes.

OBSERVATION X

Mme Gue... Forme sévère de goitre basedowifié.

Pouls à 140. Amaigrissement de 14 kilos.

Opération le 1^{er} juin 1929 par le docteur B..., sous anesthésie locale. Thyroïdectomie. Guérison.

OBSERVATION XI

Mme Ver..., 38 ans, vient consulter en 1930.

Début à la suite d'une émotion, il y a trois ans.

Goitre vasculaire. Exophtalmie. Tremblement généralisé.

Pouls 140, palpitations.

Changement du caractère.

Diarrhée. Suspension des règles.

M. B. + 55-58 %. Amaigrissement.

24 séances de radiothérapie et galvanofaradisation sans résultat.

Opérée le 7 mars 1930 à l'anesthésie locale par le docteur H... Hémithyroïdectomie. Amélioration complète de tous les symptômes. Pouls 84-88.

Grippe en avril 1930. On observe une légère rechute. Amélioration sous l'effet d'un traitement médical par l'hématoéthYROÏDINE, l'ergostérine et le sympathyl.

Nouvelle grippe en 1931 et rechute à nouveau. Variabilité extrême du pouls, arythmie. Reprise du traitement médical.

La malade est vue le 19 avril : amélioration. Pouls à 92.

OBSERVATION XII

Mme Dre... Forme sévère de goitre exophtalmique.

M. B. + 30 % Amaigrissement de 22 kilos.

Opérée le 16 mars 1929 par le docteur B... sous anesthésie locale. Thyroïdectomie. Grande amélioration.

OBSERVATION XIII

Mme Mori..., 34 ans, Adénome kystique apparu après une grossesse.

Pouls variable, à 80. Palpitations intermittentes.

Exophtalmie légère avec éclat du regard. Tremblement.

Amaigrissement de 9 kilos.

Diminution des règles. Emotivité considérable.

Traitement électrique et par l'hématoéthYROÏDINE inopérant.

Opération le 27 juin 1931 par le docteur B... sous anesthésie locale. Lobectomie. Guérison.

OBSERVATION XIV

Mme Mas..., 48 ans, a été opérée le 19 juillet 1929 par le docteur E... d'un goitre exophtalmique sous anesthésie à l'éther.

En juillet 1931, la malade vient consulter dans le service du docteur Sainton. Ses troubles ont repris à la suite de l'avis, dit-elle, émis par son médecin de l'opportunité d'une nouvelle intervention.

A l'examen :

Cicatrice au cou de l'intervention antérieure. Corps thyroïde un peu augmenté de volume et un peu sensible.

Pouls à 100, mais pas de palpitations. Tremblement léger. Pas d'augmentation de poids. Légère exophtalmie.

La malade se plaint surtout de la reprise des troubles nerveux et du caractère.

OBSERVATION XV

Mme Mey..., 33 ans, a été opérée à Londres en août 1926 d'un goitre basedowifié par le docteur Forcy sous anesthésie à l'éther.

Amélioration immédiate se continuant pendant trois ans à peu près, suivie d'une légère reprise. Le 28 février 1930, on constate :

Corps thyroïde dur, un peu sensible. Sensation de constriction au niveau du cou. Pouls à 104, palpitations.

Fente palpébrale légèrement élargie.

Instabilité du caractère. Insomnie.

Amaigrissement. Diarrhée intermittente. M. B. + 25 %.

Oligo, dysmenorrhée.

La malade est soumise à un traitement par l'hématoéthyroïdine. Vue à plusieurs reprises : avril 1930, octobre 1930, janvier 1931 ; on note une amélioration progressive : pouls à 84, augmentation de poids, retour du sommeil.

OBSERVATION XVI

Mme Cl..., 26 ans. Goitre basedowifié en février 1930.

Hypertrophie prédominant à droite, à gauche, adénome.

Battements, signe de Lissner. Le pouls est à 130, palpitations.

L'exophtalmie est très légère, le tremblement discret.

Malade nerveuse, irritable. Troubles vaso-moteurs.

Le M. B. est de + 54 %. Amaigrissement.

Les règles se produisent en avance, peu abondantes.

La malade est opérée le 12 mars 1930 par M. A... sous anesthésie locale. Thyroïdectomie sub-totale.

Le M. B. mesuré le 21 mars 1930 est de + 13,5 %.

Guérison.

OBSERVATION XVII

Mme D..., 20 ans. Goitre basedowifié, kystique.

Les symptômes se sont constitués dans le courant de deux années qui ont suivi un accouchement très laborieux. La malade est vue le 25 janvier 1929. On trouve à l'examen :

Le corps thyroïde est très augmenté de volume au niveau des deux lobes, surtout à droite où il est de consistance kystique. Thrill. Pouls à 156. Palpitations, vertiges; érhétisme cardiaque.

Exophtalmie très prononcée avec éclat du regard. Signe de Moëbius, tremblement des paupières fermées ; mydriase bilatérale. Tremblement.

Instabilité, irascibilité. Troubles trophiques.

Règles diminuées d'abondance depuis quatre mois.

Amaigrissement. Quelques troubles digestifs, accès de boulimie.

Opérée le 27 mars 1929 par le docteur E... Anesthésie à l'éther. Hémithyroïdectomie.

Grande amélioration. Cependant, la malade revue le 24 septembre présente une série d'accidents marquant une reprise de la maladie à la suite d'une grippe qui l'a obligée à garder le lit pendant trois semaines. Le corps thyroïde est augmenté de volume dans son ensemble. Hypertrophie du lobe gauche. Le pouls est à 144. Exophtalmie. Signes de Moëbius, de De Graefe.

Traitement médical. En novembre, pouls à 90.

OBSERVATION XVIII

Mme V..., 38 ans. Goitre basedowifié.

Tumeur thyroïdienne droite, grosse comme une noix, bien limitée, légèrement plongeante, fait vérifié à l'écran. Accès de toux, de dyspnée et de dysphagie. Ce goitre est douloureux au moment des règles.

Pouls à 120. Palpitation. Erhétisme cardiaque.

Exophtalmie modérée.

Tremblement très léger.

Emotivité, irritabilité très grandes.

M. B. normal. Amaigrissement.

Traitement par l'hématoéthyröidine et la diathermie sans succès.

Opération le 28 mars 1929 par le docteur A... sous anesthésie locale. Hémithyroidectomie. Guérison.

OBSERVATION XIX

Mlle T..., 38 ans. Goitre exophtalmique.

Cou gros et exophtalmie depuis l'âge de 20 ans. Tumeur thyroïdienne gauche, grosse comme une bille augmentant rapidement dans un corps thyroïde hypertrophié globalement. Voix enrouée depuis peu. Pouls à 108. Tremblement depuis 6 ans au niveau des mains, Exophtalmie nette avec éclat du regard.

Instabilité du caractère, irritabilité ; agitation nocturne, cauchemars.

Troubles vaso-moteurs. Amaigrissement, anorexie, boulimie.

Règles douloureuses, irrégulières, trop abondantes.

Echec des traitements médicaux.

Une thyroïdectomie est pratiquée le 9 juin 1923 par le docteur H... sous anesthésie locale. Suites opératoires excellentes.

La malade est vue le 26 septembre 1923 : son poids a augmenté, le pouls est à 68. L'exophtalmie a considérablement diminué. Le tremblement, l'émotivité persistent, mais

sont très légers. Les règles : les douleurs ont disparu, leur abondance et leur rythme sont devenus normaux.

La malade est vue en 1924, 5, 6, 7, 8. En 1929, constatation d'un fibrome utérin ; le cou est resté volumineux, la tachycardie est légère, 90. Radiothérapie sur les ovaires et le corps thyroïde.

En 1930 : crise de psychose d'origine thyroïdienne améliorée par le traitement médical.

OBSERVATION XX

Mme Lég..., 38 ans. Goitre basedowifié.

Tumeur du volume d'un œuf au niveau du lobe droit, bien délimitée.

Pouls à 100. Palpitations.

Pas d'exophtalmie. Battement des paupières fermées.

Tremblement léger des mains.

Nervosité, agitation. Troubles vaso-moteurs.

M. B. + 51 %. Grand amaigrissement.

Opérée le 5 février 1930 par le Docteur A... sous anesthésie locale. Hémithyroïdectomie droite.

Le M. B. mesuré fin février était de + 14 %.

Mai 1930 : Guérison.

OBSERVATION XXI

Mme P..., 25 ans. Goitre exophtalmique vu en janvier 1930.

Pouls à 120. Souffle à la base. Palpitations.

Exophtalmie légère, instabilité oculaire.

Tremblement généralisé.

Nervosité, irritabilité. Troubles vaso-moteurs.

M. B. + 49 %. Amaigrissement.

Iode et digitale avant l'opération.

Une thyroïdectomie est pratiquée par le Docteur A... sous anesthésie locale, le 29 janvier 1930.

Le 14 février 1930, la plaie est cicatrisée. Pouls à 100. On donne de l'hématoéthYROÏDINE.

Le 14 mars 1930 : pouls à 136. Faciès « tragique ». Les règles ont deux semaines de retard.

Le 9 mai 1930 : pouls à 84 ; augmentation du poids. Disparition des palpitations, des troubles vaso-moteurs. Calme psychique. Diminution du tremblement.

OBSERVATION XXII

Mme M..., 64 ans. Goitre basedowifié.

Malade opérée en 1924 pour syndrome de Basedow. Bonnes suites. Les troubles réapparaissent à la reprise du travail.

Battements et sensation de gonflement au niveau du cou. Palpitations, tremblement, insomnie, amaigrissement.

En 1927, on constate en plus une tuméfaction thyroïdienne à gauche et au niveau de l'isthme. Signe du frontal, battements des paupières fermées.

Une deuxième opération est décidée au mois de novembre 1927, effectuée par le Docteur E... Anesthésie à l'éther. Résection partielle.

La malade est revue le 7 juillet 1931. Amélioration sensible. Pouls à 60.

Le tremblement, l'insomnie, l'anesthésie persistent partiellement.

OBSERVATION XXIII

M. P..., facteur, 30 ans. Goitre exophtalmique.

Hypertrophie diffuse, prédominant au niveau du lobe gauche, de consistance molle. Thrill.

Tachycardie à 136.

Exophtalmie survenue en peu de temps. Signes de Stellwag, de De Graefe, nystagmus.

Modification du caractère. Irritabilité. Troubles vaso-moteurs.

Amaigrissement prononcé. Diarrhée tenace : 6 à 10 selles par jour.

Opération le 24 juillet 1924 par le Docteur H... Ligature des deux artères thyroïdiennes droites. Anesthésie locale. Pas d'incidents.

Amélioration progressive et nette jusqu'au départ du malade.

Revu le 10 mars 1925 : le malade accomplit son service de facteur. Le poulx est à 76. Le nervosisme a disparu. Son poids a augmenté de 14 kilos. Nystagmus, léger tremblement des paupières fermées. 3-4 selles par jour.

OBSERVATION XXIV

Mme L..., 26 ans. Goitre basedowifié.

Tumeur d'aspect kystique du côté droit. Tachycardie : 120-130.

Exophtalmie très accentuée. Signes de De Graefe, de Stellwag.

Tremblement très marqué.

Troubles nerveux considérables. Asthénie.

Règles abondantes et irrégulières.

Amaigrissement rapide et progressif.

Les traitements médicaux n'ont donné aucun résultat.

Intervention en novembre 1921, pratiquée par le Docteur L..., sous anesthésie locale. Hémithyroidectomie droite. Grande amélioration. Reprise du poids. Diminution et régularisation des règles. La malade devient enceinte 2 mois après l'opération, mène sa grossesse à terme et accouche de son premier enfant. Revue le 10 décembre 1924 : état satisfaisant.

OBSERVATION XXV

Mme M..., âgée de 35 ans, déjà opérée pour goitre kystique par le Docteur Ch... en 1915, vient pour une tumeur thyroïdienne nouvelle (1922).

A l'examen : cicatrice circulaire. Tumeur du volume d'une

orange au niveau de l'isthme ; à gauche, une autre beaucoup plus petite. Entre les deux masses, un pont fibreux.

Tachycardie à 96. Erhétisme cardiaque marqué. Les jugulaires, l'aorte abdominale sont battantes. Exophtalmie très légère avec éclat du regard et instabilité des globes oculaires. Instabilité du caractère. Troubles vaso-moteurs et trophiques. Amaigrissement. Crises de boulimie.

Pas de grossesse ni de fausse-couche dans les antécédents.

Opération le 1^{er} juillet 1922 par le Docteur H... Anesthésie locale, complétée par quelques bouffées de bromure d'éthyle. Thyroïdectomie portant sur l'isthme et le lobe gauche. Fièvre, tachycardie considérable, agitation, voix enrouée sont au maximum jusqu'au 5 juillet. Le 12, l'état psychique est excellent, le tremblement a disparu, le pouls est à 96, la voix encore bitonale, le regard brillant.

Le 11 octobre 1922 : poids augmenté de 9 kilos. Pouls à 88. La voix est normale.

La malade est vue le 24 octobre ; le 20 décembre ; le 4 avril 1923 : arrêt des règles depuis le mois de janvier en rapport avec une grossesse. Accouchement le 10 octobre de deux jumeaux (grossesse bivitelline) avec suites de couches normales.

Malade revue en 1929 : guérison totale.

OBSERVATION XXVI

Mme Bon..., 62 ans, opérée en 1920 d'un goitre basedowifié.

Vers l'âge de 35 ans, la malade a vu son cou grossir. Il a nettement augmenté de volume à la ménopause. A la suite d'un épisode infectieux, le goitre a grossi dans de fortes proportions en même temps que de nouveaux troubles sont survenus.

A l'examen : volumineux goitre prédominant à gauche, présentant des battements, des mouvements d'expansion et un souffle systolique.

Pas d'exophtalmie, ni de tremblement. Pouls à 116. Pal-

pitations, dyspnée de décubitus. Erhétisme cardiaque avec tachyarythmie complète ; souffle systolique mésocardiaque, probablement anorganique. T. A. 16-9, au Pachon.

La malade est vue successivement par le Docteur Laubry et le Docteur Aubertin.

Une thyroïdectomie est pratiquée par le Professeur Lecène le 15 octobre 1920. On revoit la malade six mois après, elle se déclare guérie. Six ans après, en 1926, elle reparait dans le service du Docteur Sainton où on constate chez elle une paralysie du diaphragme.

OBSERVATION XXVII

Mme K..., 23 ans. Syndrome de Basedow.

Tumeur thyroïdienne avec troubles de la voix et de la déglutition. Tachycardie, pouls à 140. Légère exophtalmie avec éclat du regard. Tremblement aux quatre membres. Régée à 15 ans très irrégulièrement.

Opérée le 23 juillet 1913, par M. le Professeur G..., sous anesthésie à l'éther. Une hémithyroïdectomie est pratiquée avec suites opératoires normales. Mais la malade n'est pas améliorée et vient consulter le Docteur Sainton.

On trouve à l'examen : le lobe droit de la thyroïde augmenté de volume. Le pouls à 130, le tremblement est marqué. Il y a peu d'exophtalmie, mais le regard est brillant, signes du frontal et de Jellineck. Les règles sont peu abondantes. On constate l'existence d'un kyste de l'ovaire. On pratique l'ablation de ce kyste sous anesthésie locale. A la suite de cette opération, l'amélioration est considérable : l'hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde est très diminuée. Le pouls est à 90. L'exophtalmie a complètement disparu ; le tremblement des mains est très léger.

OBSERVATION XXVIII

Mlle B..., âgée de 23 ans. Goitre basedowifié.

Hypertrophie du corps thyroïde surtout à droite où l'on délimite un noyau gros comme un œuf de poule ; à gauche,

un autre gros comme une noix ; l'isthme est hypertrophié. Ce goitre présente des battements, un thrill et un souffle. Pouls à 110. Il y a de l'érhétisme cardiaque, des souffles inorganiques, les bruits sont forts. Palpitations, accès d'oppression, dysphagie. Tremblement aux extrémités supérieures et inférieures. Exophtalmie, prédominant à droite, variable, d'intensité moyenne, avec éclat du regard.

Emotivité, irritabilité extrêmes. Agitation et bégaiement après le moindre effort. Troubles vaso-moteurs. Diarrhée tenace. Amaigrissement de 20-30 kilos en 2 ans. Disparition des règles à l'installation de la maladie. Réglée à l'âge de 17 ans. La malade a été traitée successivement par l'hématoéthyoïdine et la radiothérapie (20 séances) sans aucun bénéfice.

Elle est opérée par le Docteur B... et subit 4 interventions :

I. — Après un traitement de 6 jours par le lugol et la digitaline, on ligature le 20 juin 1927 la thyroïdienne supérieure droite à l'anesthésie locale. Les suites opératoires sont bonnes. Le pouls est à 90.

II. — En juillet 1927, on pratique la ligature de la thyroïdienne supérieure gauche. On note de l'agitation, du délire, la fièvre est à 39°, le pouls à 160. Tout rentre dans l'ordre le cinquième jour.

Ces deux interventions n'ont amené aucune amélioration.

III. — Une lobectomie droite, sous anesthésie locale, est pratiquée en septembre 1927. Mais au cours de l'intervention, la malade se cyanose, le pouls monte à 130-160. On termine rapidement. Après l'hémostase, on panse la plaie sans suture qu'on aura faite le surlendemain sous anesthésie locale. La malade est peu améliorée dans la suite. Le M. B. est de + 27 %.

IV. — En décembre 1927, après un traitement par le lugol, la digitaline et l'hématoéthyoïdine, la quatrième intervention : la lobectomie gauche, sous anesthésie locale.

On continue le lugol et la digitaline. La réaction post-opératoire est moins importante. Atténuation manifeste et progressive de l'exophtalmie, du tremblement, des troubles gastro-intestinaux. Bon état général. Gain de 23 kilos.

La malade est revue le 16 juin 1928. Le pouls est à 100. L'exophtalmie est modérée avec éclat du regard. Il y a du tremblement des 4 extrémités. Les règles n'ont pas reparu. Les troubles cardiaques, vaso-moteurs et accessoirement l'état nerveux ne sont guère modifiés. Des sueurs surviennent spontanément ou à l'occasion de la moindre émotion, ainsi que des palpitations qui s'accompagnent de crises de dyspnée.

OBSERVATION XXIX

Mlle Von..., âgée de 33 ans, opérée il y a six ans, par le Docteur G..., pour un goitre exophtalmique sous anesthésie chloroformique. Elle a présenté avant l'opération : de l'exophtalmie, des palpitations, du tremblement.

Le 9 juin 1931, la malade vient consulter pour métrorragies datant depuis 2-3 ans. On profite pour l'examiner au point de vue qui nous intéresse. Aucune tuméfaction n'est perceptible au cou. Le pouls est à 84, la tension de 11-7 au Vaquez. Il n'y a pas de tremblement. Les fentes palpébrales sont élargies et le regard à peine brillant. Elle est au point de vue psychique, dit-elle, très améliorée. Les métrorragies — pour lesquelles elle vient consulter — datent depuis une fausse couche. La malade se plaint d'une grande asthénie. Son poids est très instable. Un mois après, après un traitement médical, il y a une légère diminution des pertes sanguines. L'asthénie, la fatigabilité sont moindres. On institue l'hématoéthéroïdine.

OBSERVATION XXX

Mme Sch..., âgée de 36 ans. Goitre basedowifié. Tumeur grosse comme une orange, dure, dans la région médiane du

cou. Pouls à 96 ; palpitations datant depuis deux ans. Pas de tremblement, ni d'exophtalmie, mais signes du frontal et de Moëbius. Grande nervosité survenue depuis 3-4 ans. Oligoménorrhée et règles irrégulières depuis quelques mois. Le M. B. est de + 10 %. Il y a neuf ans, la malade a subi un traitement par le courant galvanique.

L'intervention est pratiquée sous anesthésie locale, le 6 janvier 1931, par le Docteur C... Lobectomie et résection de l'isthme.

La malade est revue le 5 février 1931 : les angoisses, les palpitations, la nervosité persistent. Le pouls est à 100. M. B. — 11 %.

Revue au mois de mars : troubles psychiques minimes ; pouls à 82.

OBSERVATION XXXI

Mme Go..., 43 ans, vient pour goitre exophtalmique. Hypertrophie diffuse et considérable du lobe droit. Adénome kystique à gauche. Le goitre présente un thrill et un souffle. La déglutition et la respiration sont gênées. Changement de la voix par parésie de la corde vocale gauche.

Pouls à 120. Palpitations intenses, crises d'étouffement. Souffle extracardiaque. Exophtalmie considérable, ayant nécessité une blépharorrhaphie à droite. Œil perdu par la suite. Tremblement très important. Nervosité extrême. Perte de la mémoire. Insomnies, cauchemars. Pas de troubles vaso-moteurs. Amenorrhée intermittente.

Anorexie, vomissements, douleurs gastriques, accès de boulimie, amaigrissement. M. B. + 63 %.

Le traitement par l'héματοéthyröidine a été sans résultat. L'iode, par contre, administré en même temps que la digitaline dans la semaine précédant l'opération l'améliore sensiblement.

Le 26 janvier 1931, l'opération est pratiquée par le Docteur D..., sous anesthésie chloroformique. Thyroïdectomie subtotale.

Pendant plusieurs mois, la malade poursuit le traitement par l'hématoéthYROÏDINE. Sa voix reste enrôuée pendant trois mois.

Une très grande amélioration est constatée le 30 juin 1931; le pouls, très variable, s'accélère au cours même de la prise et oscille entre 80 et 100. Il n'y a plus de palpitations ni d'oppression.

Le tremblement est à peine perceptible. Légère diminution de l'exophtalmie. Disparition presque complète de l'émotivité. Bon sommeil. Amenorrhéique pendant trois mois, la malade a vu reparaitre ses règles depuis deux mois, mais peu abondantes. Son poids augmente. L'appétit est bon. Les troubles gastro-intestinaux ont complètement disparu.

OBSERVATION XXXII

Mme Gr..., âgée de 50 ans. Goitre exophtalmique. Hypertrophie diffuse avec, à la palpation, deux masses grosses comme une noix, siégeant derrière les sterno-cléido-mastoïdiens; celle du côté droit paraît se prolonger en bas.

Le pouls est à 104. Le tremblement est d'intensité moyenne. Pas d'exophtalmie, mais éclat du regard.

La nervosité est extrême. Ainsi a-t-on été obligé de faire retourner la malade du service de chirurgie où elle devait être opérée dans le service de médecine.

Le M. B. est de + 107 %. La malade a maigri de 10 kilos dans un an.

Intervention le 4 mai 1931 sous anesthésie locale par le Docteur F... Thyroïdectomie subtotalé. Amélioration considérable.

OBSERVATION XXXIII

M. Gach..., 50 ans, ancien syphilitique, vient pour goitre exophtalmique.

Hypertrophie diffuse, survenue en un mois, du corps thyroïde avec thrill. Tachycardie à 120. Erhétisme cardia-

que. Exophtalmie avec éclat du regard. De Graefe, Moëbius positifs. Tremblement généralisé aux membres, aux lèvres et à la langue. Changement du caractère, irritabilité. Bouffées de chaleur. Amaigrissement, diarrhée paroxystique.

Le malade a été traité par l'hématoéthyoïdine, la radiothérapie (6 séances), l'électrothérapie (galvanisation haute fréquence) sans succès.

Opéré le 5 janvier 1924 par le docteur H..., sous anesthésie locale. L'intervention a consisté en une double ligature des artères thyroïdiennes droites.

Le malade est revu le 19 mars 1924. Le pouls est à 96. L'exophtalmie est prédominante à gauche, légère. Il n'y a plus de signe de De Graefe. Léger tremblement. Disparition du nervosisme, retour du sommeil. Augmentation du poids de 12 kilos.

Le 24 juillet 1924 : pouls à 76. Disparition des troubles nerveux. Reprise de la vie active. Bon état général.

OBSERVATION XXXIV

Mme Leg..., âgée de 29 ans, est atteinte d'un goitre basedowifié.

Hypertrophie tumorale à droite. Masse, grosse comme une mandarine, bien limitée, mobile, de consistance ferme. Le pouls est à 92. Palpitations, essoufflement. Tremblement spontané s'exagérant avec les émotions. Exophtalmie droite, légère. Larmoiement, battements des paupières fermées, signe du frontal, nystagmus.

Troubles nerveux : instabilité, irritabilité, tristesse, cauchemars, insomnies, céphalée. Troubles vaso-moteurs.

Hypoovarie : diminution, irrégularité des règles depuis quelques mois. Amaigrissement, troubles gastro-intestinaux. Métabolisme basal : normal. Un traitement par l'iode suivi pendant deux mois dans le service de M. Labbé n'a pas apporté d'amélioration.

On intervient le 16 juin 1931, sous anesthésie locale. Le Docteur Z... enlève deux noyaux adénomateux. La malade

est essoufflée. Pendant trois jours, la température oscille entre 38° et 39°. Depuis, elle se rapproche de la normale. Le 27 juin 1931, la voix de la malade est normale.

Le pouls est à 76, régulier. Il n'y a plus de palpitations, ni d'oppression. Le tremblement a disparu. L'exophtalmie de l'œil droit a nettement diminué. Quelques petits signes oculaires persistent.

Amélioration considérable de la nervosité. Calme relatif, retour du sommeil. Disparition complète des troubles vasomoteurs. Les troubles gastro-intestinaux : anorexie, renvois, crampes, constipation persistent. L'espace de temps qui s'est écoulé depuis l'intervention est trop court pour apporter un changement dans le fonctionnement de l'appareil génital.

OBSERVATION XXXV

Mme Gud..., 43 ans, vient pour maladie de Basedow. Goitre gros, diffus, assez dur ; noyau gros comme une noix, paramédian. Son existence remonte à 18 ans, mais dans les 6 derniers mois, accroissement brusque.

Pouls à 136. Palpitations. Exophtalmie modérée avec regard brillant. Tremblement intense, généralisé. Troubles nerveux très importants. Insomnie. Troubles vasomoteurs. L'appareil génital est normal.

M. B. + 72 %. Amaigrissement. Troubles gastro-intestinaux.

Opération : le 19 juin 1931, par le Docteur F..., sous anesthésie à l'éther, thyroïdectomie subtotale. La malade est examinée le 27 juin 1931. Pouls à 90. Il n'y a plus de palpitations. L'exophtalmie a nettement diminué. L'élargissement des fentes palpébrales est encore appréciable. On ne constate de tremblement qu'aux mains. Il est très modéré.

Disparition presque complète des troubles nerveux, de l'insomnie, des troubles vasomoteurs. Les troubles gastro-intestinaux ont disparu. Bon appétit. Augmentation de poids. La voix, enrouée depuis l'intervention, est améliorée.

OBSERVATION XXXVI

Mme Len..., 48 ans. Goitre exophtalmique.

Hypertrophie diffuse du corps thyroïde ; Pouls à 142. Tremblement surtout marqué aux extrémités supérieures et à la langue. Exophtalmie légère. Grande nervosité. Troubles vaso-moteurs. Dysménorrhée douloureuse depuis trois mois.

M. B. + 75 %.

Opérée le 9 avril 1931, par le Docteur C..., sous anesthésie locale. Thyroïdectomie subtotale. On trouve un gros goitre plongeant du volume d'une orange, ayant rendu l'opération très laborieuse. Il est à noter qu'un examen radioscopique pratiqué avant l'intervention a été entièrement négatif.

Le lendemain, tachycardie extrême, allant jusqu'à 200, agitation. Quelques jours plus tard, tout rentre dans l'ordre.

Fin avril, la malade se dit très améliorée.

OBSERVATION XXXVII

Mlle M..., 16 ans, née avant terme à New-York. Pas de Basedow dans la famille.

En novembre 1929, à la suite de surmenage apparaissent les signes de la maladie. Exophtalmie très marquée. Augmentation globale du corps thyroïde. Pouls très rapide sans palpitations, 130 à la minute. Tremblement, nervosité, irritabilité. Sensations de chaleur. Amaigrissement de 30 livres américaines. Règles irrégulières. M. B. + 39 %. Le repos procure une certaine amélioration, alors que le résultat du traitement iodé est très fugitif.

L'opération est faite par Rogers en mars 1931. Elle consiste d'abord en la ligature des artères thyroïdiennes sous anesthésie à l'éther. Dans une seconde phase, on a pratiqué une résection étendue à l'anesthésie locale avec quelques bouffées de protoxyde.

Traitement post-opératoire. Par crainte de myxoedème, on donne de la thyroïde.

A la suite, on constate à l'examen : corps thyroïde volumineux, pas de thrill, signes de Lissner. Exophtalmie diminuée. Augmentation du poids (11 livres). Retour du sommeil. Persistance de l'irritabilité et de la sensation de chaleur. Règles plus abondantes.

OBSERVATION XXXVIII

Mlle Tr., 19 ans. Goitre basedowifié. Dès l'âge de 10 ans, son cou augmente de volume. Les signes basedowiens apparaissent à la suite d'une grippe grave et d'une opération pour végétations.

Depuis, la malade est traitée par l'iode et l'hématoéthYROÏDINE, suivis de radiothérapie hebdomadaire durant six mois. Tous ces traitements n'ont donné qu'un résultat médiocre et la malade vient consulter le 5 février 1932.

On constate à l'examen : le lobe droit du corps thyroïde est augmenté de volume, le lobe gauche est dur, gros comme une noix. La partie médiane est pulsatile. Le pouls est à 100-110 ; le deuxième bruit du cœur est claqué. Palpitations.

Exophtalmie très marquée avec regard brillant, fixe. Les signes de Moëbius, de Topolanski, du frontal, sont positifs. Il y a du nystagmus. Les paupières fermées tremblent, elles sont pigmentées. Tremblement.

Les troubles psychiques sont légers. Troubles vasomoteurs. La malade a vu ses premières règles à 16 ans. Depuis, bien réglée. L'état général est médiocre. Le M. B. est de + 41 %.

La malade est opérée le 10 février 1932 par le Docteur C... sous anesthésie locale. Résection subtotala du lobe gauche sans ligature préalable. Résection partielle du lobe droit après ligature de la thyroïdienne inférieure. Le M. B., mesuré le 7 avril 1932 est de + 20 %. On constate une paralysie de la corde vocale droite améliorée par la suite.

Amélioration très notable de tous les symptômes ; pouls à 72.

OBSERVATION XXXIX

Mlle Vin..., 33 ans, vient consulter le 5 août 1931 pour maladie de Basedow. Il y a six ans, cela a commencé par de l'aménorrhée pendant 6 mois. En même temps que son cou grossissait, les troubles basedowiens entraient rapidement en scène. Elle a été traitée sans aucune amélioration pendant deux ans par le salicylate, le gardénal, le lugol et par l'hydrothérapie. Soumise ensuite à l'hématoéthyröidine, au gynergène, elle n'en a pas moins vu son état s'aggraver.

Elle consulte à ce moment à Paris, à la Fondation Curie, où on la dirige sur le service du Docteur Sainton où elle est examinée.

Dans son corps thyroïde, hypertrophié globalement, on palpe des noyaux de consistance dure dans les deux lobes. Thrill. Signe de Maranon.

Tachycardie à 112. Palpitations, étouffements, dysphagie et dyspnée. Exophtalmie bilatérale, marquée avec regard fixe, tragique. Défaut de convergence, nystagmus, instabilité oculaire. Tremblement des extrémités supérieures, intéressant parfois la totalité des deux membres ou le corps entier. Troubles psychiques considérables : excitations, crises de colère, de larmes. Insomnie, céphalée, bouffées de chaleur, thermophobie, boulimie. Les règles sont peu abondantes et très irrégulières.

Un examen laryngoscopique est pratiqué à cause d'une toux rauque et douloureuse. Il montre les cordes vocales normales, la trachée semble être comprimée.

M. B. le 10 août + 45 %. La malade est au repos et mise au traitement par l'organothérapie, la digitaline, le sympathyl, et l'hématoéthyröidine. Elle engraisse de 6 kilos. M. B. le 17 octobre : + 37 %.

Opération le 26 décembre 1931 par le Docteur T..., sous anesthésie locale. Ligature des deux artères thyroïdiennes inférieures après incision transversale de Kocher. L'hypertrophie thyroïdienne est diffuse avec noyaux adénomateux

dans les deux lobes. M. B. le 15 janvier 1932 : + 50 %.
M. B. le 7 avril 1932 : + 39 %.

On constate à ce moment que l'impressionnabilité de la malade très grande, lors des premières mesures du M. B., a totalement disparu.

La malade doit revenir vers le 15 juin pour éventuellement subir une deuxième opération.

Les résultats sont, en attendant excellents.

OBSERVATION XL

M. Ric..., 29 ans, entre dans le service pour goitre exophthalmique diffus, le 19 mars 1931. Le début de la maladie remonte à 10 ans et s'est traduit par les signes classiques de basedowisme. Le malade ne s'est aperçu de son goitre qu'il y a deux ans. Ses troubles ont évolué par poussées.

La mère du sujet est diabétique, le père rhumatisant chronique, sa sœur présente un goitre avec signes myxoedème.

A l'examen, le diagnostic de maladie de Basedow s'impose. L'hypertrophie thyroïdienne est globale, diffuse ; elle porte surtout sur le lobe droit, où l'on trouve un noyau. Elle s'accompagne de battements et du Thrill.

L'exophtalmie est nette, bilatérale, considérable. La tachycardie est à 116. Erhétisme cardiaque extrême. Souffle systolique à la pointe qui ne paraît pas anorganique. Palpitations angoissantes, dyspnée d'effort. Le tremblement prédomine aux membres supérieurs, les troubles psychiques sont légers. Pas de troubles vaso-moteurs. Les fonctions digestives sont peu troublées, l'appétit est augmenté. L'état général est assez bon, malgré l'asthénie et un amaigrissement de 10 kilos en deux mois.

Le M. B. est mesuré le 15 mars 1932 : + 49 %.

Opération le 17 mars 1932 par le docteur C... sous anesthésie locale. On n'a pas pu faire la ligature de la thyroïdienne supérieure droite à cause d'une grosse hémorragie. On a réséqué partiellement le lobe droit dans sa partie adénomateuse. Opération très difficile en raison de l'énorme

vascularisation. Drainage large. On ne note aucune amélioration. Le M. B. le 21 avril 1932 : + 82 %.

Le malade est revu le 9 mai 1932. Son état est stationnaire, si ce n'est aggravé par une poussée d'hyperthyroïdisme. Asthénie, tremblement généralisé, diarrhée, sueurs.

Avant d'envisager une opération nouvelle, on se propose d'irradier simultanément le corps thyroïde et la région surrénalienne.

OBSERVATION XLI

M. B..., 19 ans, entre dans le service le 27 octobre 1931. Il y a un an environ, ont fait brusquement apparition le goitre et l'exophtalmie. Le diagnostic de maladie de Basedow est évident à l'examen.

L'hypertrophie thyroïdienne est diffuse, considérable, sans qu'on puisse déceler un noyau, prédominant à droite, s'accompagne de battements. L'exophtalmie est marquée, plus accentuée du côté gauche, l'occlusion de la fente palpébrale est incomplète.

Le cœur éréthique bat aux environs de 140. Tremblement. Le malade est devenu irritable, nerveux, dort mal. L'amaigrissement est modéré. 10 séances de radiothérapie ne semblent pas l'avoir amélioré. M. B. le 29 octobre 1931 : + 72 %.

Première opération le 27 mars 1931 par le docteur F... sous anesthésie locale. Aspect du basedow typique. Ligature à la soie de l'artère thyroïdienne droite qui est du volume d'un crayon. On fait une nouvelle mesure de M. B. le 4 décembre 1931 : + 37 %.

Le 15 janvier 1932, les symptômes atténués persistent néanmoins. Le pouls est à 100. Le cœur très volumineux à la radioscopie. En même temps de nouveaux symptômes sont apparus : le faciès du malade paraît bouffi et arrondi, son idéation paresseuse. Il a engraisé de trois kilos en 3 semaines, la peau est infiltrée, les cheveux tombent et sont cassants. Impuissance. Le M. B. le 19 janvier + 76 %. Le 23 janvier 74 %.

Deuxième opération le 30 janvier 1932 par le docteur C... sous anesthésie locale. Hémithyroïdectomie subtotale droite

après ligature de la branche antérieure de la thyroïdienne supérieure. Au cours de l'opération, après l'ablation du lobe, le malade a présenté une diminution très nette unilatérale de son exophtalmie, suivie insensiblement de celle du côté opposé.

Le 11 février 1932 : le malade est nettement amélioré. Le pouls est à 100, les palpitations disparues, l'exophtalmie est considérablement moins marquée ; l'état de nervosité s'est calmé, l'asthénie a cessé, les troubles vaso-moteurs se sont effacés, le sommeil est revenu, le poids a augmenté. Le M. B. + 25 %. Le cœur reste gros, les petits signes oculaires, le tremblement persistent encore. Le 17 mars 1932 M. B. + 39 %. Le 22 avril, il est de 38 %. Le malade est examiné à ce moment. Il accuse une très grande amélioration. Le corps thyroïde est gros au niveau du lobe gauche. Le pouls à 96, il n'y a plus de palpitations, ni de tremblement. Le cœur est encore gros. Plusieurs petits signes oculaires ont disparu, mais l'exophtalmie, très amoindrie, persiste. Son poids a augmenté de 6 kilos en trois mois, ses forces se sont accrues au point qu'il peut se livrer aux travaux agricoles, autrefois beaucoup trop pénibles. On ne note aucun signe d'hypothyroïdie.

OBSERVATION XLI

Ces 43 malades ont subi 51 interventions, soit qu'on était obligé de fractionner les opérations (obs. 28, 37), soit qu'on avait à intervenir pour récurrence (obs. 22, 25, 41).

Les opérations ont été pratiquées, deux chirurgiens anglosaxons mis à part, par de nombreux chirurgiens, de Paris la plupart du temps.

Voici comment elles se répartissent :

Par le D ^r A.....	5	Par le D ^r F.....	3
Par le D ^r B.....	7	Par le D ^r G.....	2
Par le D ^r C.....	7	Par le D ^r H.....	5
Par le D ^r D.....	2	Tous les autres ont opéré dans 8 cas.	
Par le D ^r E.....	4		

On a opéré dans 30 cas (35, si l'on considère le nombre d'opérations) sous l'anesthésie locale a la novocaïne avec le concours, parfois, de quelques bouffées de protoxyde d'azote ou de kélène. Le chloroforme a été employé 4 fois, l'éther 9 fois.

Les opérations étaient :

La ligature des artères thyroïdiennes : 8 fois.

Les résections partielles (lobectomie, énucléation) : 24 fois.

La thyroïdectomie subtotale : 17 fois.

Dans les 2 cas restants la mort est survenue tout au début ou au cours de l'intervention.

Ce sont les cas opérés sous narcose chloroformique qui grèvent presque seuls notre statistique. Sur 4 opérés 2 sont morts (obs. I, docteur E..., obs. III, docteur F...). Notre troisième décès n'a rien à voir avec la chirurgie basedowienne, le glissement d'une ligature pouvant s'observer dans n'importe quelle opération.

Dans l'appréciation des résultats de nos cas, il ne faut pas perdre de vue que, dans des cas très nombreux, le traitement sanglant n'a été institué qu'après échec de la thérapeutique médicale, y compris les rayons X.

Nous avons pu considérer 20 cas comme guéris. Dans 17 cas nous avons noté des améliorations plus ou moins satisfaisantes mais toujours sensibles. 7 fois l'évolution de la maladie a présenté des rechutes toujours déclenchées soit par un épisode infectieux, soit par une émotion.

Le traitement médical nous a toujours donné de bons résultats dans ces cas, ainsi que dans ceux où les heureux effets de la chirurgie se faisaient attendre.

Une fois (obs. 40) l'état du malade nous a paru nettement s'être aggravé. Encore faut-il remarquer que la résection, dans ce cas, n'a pu être que très incomplète en raison des difficultés opératoires.

CONCLUSIONS

Le résultat de l'examen des observations que nous avons réunies, nous permet de tirer les conclusions suivantes :

1° L'anesthésie générale au chloroforme doit être proscrite chez les basedowiens.

2° L'anesthésie locale est très bien supportée par ces malades et constitue la méthode de choix.

3° Les accidents attribuables à l'hyperthyroïdisme au cours ou à la suite de l'opération sont minimes dans nos cas.

4° Le traitement chirurgical, dans la plupart de nos cas, a été appliqué tardivement et après échec des traitements médicaux et radiothérapiques.

5° Il a été constaté :

1° dans la ligature des artères thyroïdiennes qui a donné des améliorations ;

2° dans l'énucléation des noyaux adénomateux ;

3° dans la thyroïdectomie subtotale.

6° Le traitement chirurgical a amené des guérisons, des améliorations ; son échec est exceptionnel.

7° Les récurrences sont rares ; elles peuvent survenir à la suite d'une émotion ou d'une infection intercurrente.

VU :

Le Président de la Thèse,

CARNOT.

VU :

Le Doyen,

BALTHAZARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Pour le Recteur :

L'Inspecteur de l'Académie,

L. BENAERTZ.

BIBLIOGRAPHIE

1. ACHARD. — Le syndrome basedowien (*Prog. Méd.*, 20-25, 1922).
2. BÉRARD et DUNET. — Le corps thyroïde (Nouveau Traité de Chir., Delbet-Schwartz, 1929).
3. BÉRARD et DUNET. — A propos du traitement chirurgical de la Maladie de Basedow (Soc. Méd. Hôp. de Lyon, 24 avril 1928).
4. BÉRARD et DUNET. — A propos du traitement chirurgical de la Maladie de Basedow (*Presse Méd.*, juin 1928).
5. BÉRARD et DUNET. — Traitement chirurgical de la Maladie de Basedow (*La Clinique*, février 1929).
6. BÉRARD et PEYCELON. — Les principes actuels du traitement chirurgical de la Maladie de Basedow (*La Vie Méd.*, mars 1929).
7. BÉRARD et PEYCELON. — La thyroïdectomie subtotale dans le trait. de la Maladie de Basedow (*Journal de Chir.*, nov. 1929).
8. BÉRARD et PEYCELON. — Traitement chirurgical du Goitre Exophtalmique (*Pratique Méd. Chir.*, t. IV).
9. BÉRARD. — A propos du traitement chirurgical dans la Maladie de Basedow (*Monde Méd.*, juillet 1931).
10. BARANGER. — Le traitement de la Maladie de Basedow doit-il être chirurgical ? (*Gaz Méd. Fr.*, avril 1931).
11. BESSON (A.). — Goitre basedowien (Thèse Paris, 1927).
12. BLONDIN (S.). — Thérapeutique de la Maladie de Basedow. Indications et résultats du traitement chirurgical (Thèse Paris, 1930).

13. BLONDIN (S.) et MOULONGUET. — Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, 4 mars 1931.
14. CRILE. — Endocr., vol. IX, 1925.
15. CARNOT. — Les poussées aiguës de Basedowisme (*Journ. de Prat.*, juillet 1928).
16. DAUTREBANDE. — Classifications physio-pathologiques des goîtres (*Presse Méd.*, janvier 1927).
17. CHAUFFARD et GIROT. — Pathogénie thyro-surrén. du basedowisme (*Revue Fr. d'endocr.*, juin 1925).
18. Congrès Internat. de Chirurgie, Varsovie, juillet 1929. Rapporteurs : Bérard, Crile, Jirasek, Noguchi, Troell.
19. Congrès Français de Chirurgie (23^e), Paris, 1910. Rapporteurs : Lenormant et Delore.
20. DESCOMPS. — La part de la chirurgie dans les syndr. basedowiens (Questions clin. d'actualité, 1929).
21. DESPLATS. — A propos du traitement chirurgical du goitre exopht. (*Soc. Nat. Chirur.*, 4 mars 1931).
22. DUVAL. — A propos du traitement du goitre exopht. (*Soc. Nat. Chirur.*, 14 mars 1931).
23. DUVAL. — La Thyroïdectomie dans le traitement du goitre exopht. (*Gaz. Méd. Fr.*, décembre 1928).
24. DUVAL et WELTI. — A propos du traitement chirurgical du goitre exopht. (*Soc. Nat. Chirur.*, 18 février 1931).
25. EISELBERG. — Das Kropfproblem vom Chirurgischen Standpunkt (Wien, Klin Woch, 1925).
26. FALTA. — Maladies du corps thyroïde. Berlin, 1913.
27. HILDEBRAND. — Deutsch. Méd. Woch., 16 mars 1923.
28. KOCHER (Th.). — Arch. f. Klin. Chir., 1911.
29. LABBÉ (M.). — Diagnostic des syndromes thyroïdiens (*Presse Méd.*, août 1926).

30. LABBÉ (M.). — Les formes diverses du goitre (*Prat. Méd. Franç.*, avril 1927).
31. LABBÉ (M.). Traitement chirurgical de la Maladie de Basedow (*Soc. Nat. Chir.*, 18 mars 1931).
32. LABBÉ et AZERAD. — Traitement chirurgical de la Maladie de Basedow (*Soc. Nat. Chir.*, 28 janvier 1931).
33. LENORMANT. — La thyroïdectomie dans le goitre exopht. (*Journal de Chir.*, 1910).
34. LÉOPOLD LÉVI. — Soc. Méd. de Paris, Janvier 1925.
35. LOEWY et ZONDEK. — Deutsch. Méd Wocy. (1388) 1921 et nov. 1926.
36. MARIE (Pierre). — Goitre exophtalmique et goitres basedowifiés (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, janvier 1897).
37. MELCHIOR. — La Maladie de Basedow (Berlin Klin. Woch, décembre 1921).
38. MEYER (A.-W.). — *Médiz. Cl.*, 5 avril 1929.
39. MOREAU. — Traitement chirurgical du goitre exophtalmique (*Soc. Belge de Chir.*, 26 juin 1926).
40. PEYCELON. — Du traitement chirurgical de la Maladie de Basedow (Thèse, Lyon, 1929).
41. QUERVAIN (DE). — Le Goitre, Genève, 1923.
42. RAHM. — Opération ou irradiation dans la Maladie de Basedow ? (Bruns, Beitr. zur Kl. Chir., septembre 1929).
43. ROUSSY et CORNIL. — Maladie de Basedow et Goitres basedowifiés (*Bull. Méd.*, novembre 1920).
44. ROUSSY et CLUNET. — Les lésions du corps thyroïde dans la Maladie de Basedow (*Rev. Neur.*, juillet 1913 et février 1914).
45. SAINTON. — Pathogénie et Traitement du Goitre exophtalmique (9^e Congrès Franç. de Méd., 1907).

46. SAINTON. — Les Indications respect. de la radioth. et du Traitement chirurgical dans le goitre exophtalmique (*Paris Méd.*, février 1928).
 47. SAINTON et PÉRON. — Insuffisance parathyroïdienne post-opératoire (*Rev. Neur.*, 1922).
 48. SÉBILEAU. — Chirurgie des basedowiens et des basedowifiés (*Prat. Méd. Fr.*, avril 1927).
 49. SERGENT. — Syndrome de Basedow et Tuberculose (*Paris Méd.*, 30, 1920).
 50. VAQUEZ. — Cœur et interventions chirurgicales. A propos de l'anesthésie (*Soc. Nat. Chir.*, 26-XI-1930).
 51. WEIL (M.-P.) et WELTI. — Les Indications de la Thyroïdectomie subtotale dans le traitement des goitres exophtalmiques (*Gaz. Méd. Fr.*, janvier 1930).
 52. WELTI. — Indications de la ligature des artères thyroïdiennes dans le traitement du goitre exophtalmique (*Presse Méd.*, janvier 1927).
 53. WELTI. — La thyroïdectomie dans le traitement du goitre exophtalmique (*Gaz. Méd. Fr.*, décembre 1928).
 54. WELTI. — Six cas de goitre exophtalmique traités par la thyroïdectomie subtotale (*Soc. Nat. Chir.*, novembre 1928).
 55. WELTI. — Technique de la thyroïdectomie (*Arch. Franco-belges de Chir.*, janvier 1930).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	13
HISTORIQUE	15
L'ANESTHÉSIE. — SES RISQUES.....	21
LES RISQUES OPÉRATOIRES.....	26
a) La mortalité opératoire.....	27
b) Les accidents opératoires.....	29
I. — <i>Complications post-opératoires propres au goi-</i> <i>tre exophthalmique</i>	30
a) Accidents immédiats.....	30
b) Accidents éloignés.....	31
II. — <i>Complications communes aux opérations</i> <i>pour goître simple</i>	33
INTERPRÉTATIONS. — CAUSES DE LA DIMINUTION DES RIS-	
QUES OPÉRATOIRES.....	34
RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL.....	39
<i>Statistiques</i>	39
<i>Considérations générales</i>	40
OBSERVATIONS	48
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77

